FAMILIENKONSTELLATIONEN UND DEPRIVATIONSERLEBNISSE ALS KONSTITUIERENDE FAKTOREN VON "SCHIZOPHRENIE"

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE DES
FACHBEREICHS ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTEN
DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

vorgelegt von

Monika Remuß, Hagen/Westf.
Jochim-Erik Schmidt-Heitmann, Wolfsburg

Marburg/L. 1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546011_0010

Familienkonstellationen und Deprivationserlebnisse als konstituierende Faktoren von "Schizophrenie"

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde des
Fachbereichs Erziehungswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg

Vorgelegt von

Monika Remuß
aus
Hagen/Westf.

Jochim-Erik Schmidt-Heitmann
aus
Wolfsburg

Marburg/L. 1979

Vom Fachbereich Erziehungswissenschaften der
Philipps-Universität als Dissertation angenommen am: 29.3.1979

Abschluß der mündlichen Prüfung am: 25.4.1979
Hauptberichterstatter: Prof./Doz. Dr. U.Kasztantowicz
Mitberichterstatter: Prof./Doz. Dr. M.Pohlen

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhalt

	Einleitung (Remuß)	1
I.	Theorien	8
1.	Entwicklungspsychologie (Remuß)	8
1.1.	Psychoanalytische Beiträge zur Entwicklungspsychologie der frühen Mutter-Kind-Beziehung	8
1.2.	Entwicklungspsychologischer Beitrag Piaget's	19
2.	Sozialisation und Enkulturation (Schmidt-H.)	29
2.1.	Schichtspezifische Faktoren	37
2.2.	Gestörte Sozialisation-deren Ursachen und Folgen	44
2.3.	Theorie der Familienkonstellation	55
2.4.	Trennungen von der Mutter und ihre Folgen	58
2.5.	Vergleichende Untersuchungen an Tieren	70
3.	Ätiologie der "Schizophrenie" (Remuß)	76
3.1.	Theorien zur Ätiologie der "Schizophrenie"	79
3.1.1.	Theorien aus psychodynamisch-kommunikationstheoretischer Sicht	80
3.12.	Theorien aus humangenetischer Sicht	101
3.2.	Heutiger Stand der "Schizophrenie"-forschung und Konsequenzen für die psychiatrische Praxis	107
II.	Untersuchung	112
1.	Vorbemerkung zur Untersuchung	112
2.	Hypothesen	113
3.	Versuchsanordnung	114
4.	Beschreibung der untersuchten Stichprobe	117
III.	Auswertung der Untersuchung und Interpretation der Ergebnisse	120
	Anhang	238
	Literaturverzeichnis	269

Einleitung

Anliegen dieser Arbeit ist die theoretische Erörterung und empirische Untersuchung pathogener Bedingungen für"schizophrene" Erkrankungen in Merkmalen der Familienkonstellation und frühkindlicher Mutter-Kind-Trennungen- erwachsen aus der praktischen Arbeit in psychiatrischen Krankenhäusern und einem intensiven Literaturstudium, das uns die besondere Bedeutung der Sozialisationsbedingungen für die Entstehung der"Schizophrenie" verdeutlichte.

Die Entwicklung des Kindes hängt ja nicht allein von anlagemäßigen Gegebenheiten ab, sondern in entscheidendem Maße von der Entstehung der Objektbeziehungen, wobei das erste Objekt des Kindes die Mutter ist, die durch Vermittlung von Befriedigungserlebnissen des Nahrungsbedürfnisses eine enge Wechselbeziehung zwischen sich und dem Säugling herstellt, da dieser in der ersten Lebenszeit völlig hilflos und damit in seinem Weiterleben ganz und gar auf die Mutter angewiesen ist.

Von der Art und Weise, in der diese Mutter-Kind-Beziehung Gestalt annimmt, hängt alles weitere ab. Jede Störung kann die Basis dieser Objektbeziehung gefährden.

Jede frühe Unsicherheit und Gefährdung seiner Bindung an die Mutter oder ständige Pflegeperson führt zu Gefühlsstörungen, die zwangsläufig ungünstige Wirkungen auf die weitere Entwicklung haben.

Die psychische Symbiose zwischen Mutter und Kind wird also als ausschlaggebend für die weitere Entwicklung des Kindes angesehen.

Infolgedessen muß das Erlebnis der Entbehrung der Mutter als ein besonders verletzendes Ereignis angesehen werden.

Schultz-Hencke (1947) weist auf Gehemmtheiten hin, die bereits im vororalen Entwicklungsstadium als "intentionale" durch eine "außerordentlich tiefgehende Kontaktgestörtheit" ausgezeichnet sind und zur schizoiden Neurosenstruktur mit der Tendenz zum Objektverlust führen.

Von hier aus ist ein neuer Ansatz zum Verständnis psychotischer Zustandsbilder wie der "Schizophrenie" ausgegangen, vor allem auch in Richtung auf das Verständnis frühkindlicher schizophrenieähnlicher Erscheinungen, die Kanner (1944) mit Hilfe des Autismus-Syndroms zu erfassen suchte.
Klinische Erfahrungen und ethnologische Feldstudien führten Erikson (1961) dazu, in der frühesten Kindheitsphase die Entstehung eines "Ur-Vertrauens" mit Krisen des "Ur-Mißtrauens" anzunehmen.
Mitscherlich bezeichnet in Anlehnung an den bekannten Fall der Isolierung des Kaspar Hauser unverarbeitete Verlassenheits-und Trennungsgefühle als "Kaspar-Hauser-Komplex" (1950,1973), der die Neurosenstruktur heutiger Menschen in starkem Maße mitzuformen scheint.
In Ergänzung tiefenpsychologischer Erfahrungen und aus der Analyse Erwachsener wurde durch M.Klein (1932) und A.Freud (1952) die Kinderanalyse entwickelt, aus der nun direktes Beobachtungsmaterial an Kindern zur Verfügung stand.
Durch Anwendung von Beobachtungs- und Testmethoden in Verbindung mit Filmaufnahmen an Säuglingen förderte vor allem R.Spitz seit 1935 diese Richtung.
In sehr detaillierten Verhaltensstudien (auch von Bühler, Hetzer, Bowlby u.a.) wird belegt, daß die Kontaktfähigkeit des Kindes im wesentlichen im 2.-6. Monat einsetzt, und zwar in Form der rezeptiven Kontaktaufnahme; vom 5.-6. Monat datiert die Phase des kontaktsuchenden Kindes.
Bowlby faßte 1951 (deutsch 1973) im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation die Arbeiten von Spitz u.a. in einem ausführlichen Bericht zusammen.
In ihm konnte die Haupttendenz der Deprivationsforschung bestätigt werden, die davon ausgeht, daß bei fortdauernder Muttertrennung im frühen Lebensalter erhebliche und weitreichende Auswirkungen auf die Charakterentwicklung und das spätere Leben des Kindes befürchtet werden müssen.

Diesem allgemein geführten Beweis entsprechen leider unsere derzeitigen Detailkenntnisse ganz und gar nicht. Uns ist nur allgemein bekannt, daß die Trennung eines Kindes von seiner Mutter schädliche Wirkungen haben kann, und zwar speziell:

a) zum Zeitpunkt der Trennung, nachdem also der Mutterkontakt unterbrochen worden ist;
b) unmittelbar nach der Trennungszeit und bei Wiederherstellung der mütterlichen Fürsorge und
c) aus längerer Sicht in Spätfolgen.

Für Bowlby besteht im Falle der Deprivation die Gefahr vor allem in der späteren Entwicklung eines gemütlosen und neurotischen Charakters (affectionless and psychopathic character), wobei er folgende Bedingungen als dafür ausschlaggebend ansieht:

1. Das Fehlen jeder Gelegenheit, in den ersten drei Lebensjahren einen Mutterkontakt aufzubauen;
2. eine Muttertrennung für eine begrenzte Zeit- mindestens drei Monate und wahrscheinlich mehr als sechs Monate während des ersten Lebensjahres;
3. der Wechsel der Mutterfigur während dieser Zeit.

Auch heute noch wird bei uns die Wirkung der mütterlichen Zuwendungsformen gering geschätzt, da man sie im Vergleich zur Wirkmacht der anlagemäßigen körperlichen und seelischen Konstitutionsfaktoren in der Entwicklung des Kindes glaubt vernachlässigen zu können, wobei die konstitutionellen Faktoren hier nicht ganz ausgeschlossen werden sollen und können.

Zudem ist gerade heute wieder ein starker Meinungstrend dahingehend zu beobachten, daß es entgegen der Freud'schen Theorie auf die Einflüsse in den ersten Lebensjahren eines Kindes gar nicht so ankomme bzw. diesen nicht solch grundlegende Bedeutung für eine gesunde psychische Entwicklung zukomme- es würde völlig vergessen, daß sich zwischen einer frühen Kindheit voller Zuwendung und Wärme und einem un-

glücklichen Erwachsenenalter viele entscheidende Dinge ereignen können.
Gewiß entwickeln von den Millionen von Kindern, die zu Beginn ihres Lebens nur ungenügende Zuwendung erfahren haben, nur ein relativ geringer Teil massive psychische Störungen, doch widerlegt dies nicht die eindeutigen Ergebnisse- auch von Langzeituntersuchungen-,aus denen klar die negativen Wirkungen unzureichender Mutter-Kind-Beziehungen ablesbar sind. Vergleichende Untersuchungen an Rhesusaffen (Harlow u.Harlow, 1962) boten eindeutige Beweise für die traurigen Auswirkungen einer frühen Mutterentbehrung auf die spätere Entwicklung.
Unwiderleglich- so meinen wir- hinterlassen Entbehrungen im sozialen Gefühlsaustausch der frühen Kindheit und Jugend irreparable Verödungen der Kontaktfähigkeit und der gesamten gefühlsmäßigen, sozialen und sexuellen Entwicklung. Die Folgen werden umso erheblicher sein, je früher die sozialen Beeinträchtigungen einsetzen und je länger sie dauern.
So zeigten die von Harlow früh isolierten Rhesusaffen u.a. Reaktionsmuster, die an das Verhalten "Schizophrener" im Stupor oder autistischer Kinder denken ließen: sie saßen teilnahmslos da, starrten vor sich hin ins Leere und nahmen überhaupt keinen Anteil an der Umwelt.
Von größter theoretischer wie auch praktischer Bedeutung ist die Frage nach dem Hintergrund verschiedener Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsveränderungen wie z.B. Depressionen, autistischen Verhaltensweisen etc.- überhaupt den "psychopathischen", "neurotischen" und "psychotischen" Verhaltensstörungen- die in der bisherigen Persönlichkeitslehre und Psychiatrie vorwiegend als anlagebedingt bzw. erblich angesehen werden.
Für uns stellt sich insbesondere die Frage, ob an der Entstehung von "Schizophrenie" eine Unterbrechung der Mutter-Kind-Beziehung beteiligt sein kann, und wenn ja, ob diese nicht in einer bestimmten Altersspanne besonders gehäuft

vorkommt, da wir annehmen, daß eine frühe Mutter-Kind-Trennung verhindert, daß das Kind f hig wird, Beziehungen einzugehen. Außerdem nehmen wir an, daß Familien mit "schizophrenen" Angehörigen eine ganz spezifische Familienkonstellation aufweisen, die ein Klima bedingt, in dem ein Angehöriger eher "schizophrene" Verhaltensweisen produziert.
Doch zunächst wollen wir einen Überblick über bedeutsame Arbeiten auf dem Gebiet der Entwicklung und Sozialisation des Kindes und Störungen derselben sowie über die wichtigsten Theoriemodelle zur Ätiologie der "Schizophrenie" geben, da sich aus der Beschäftigung mit diesen Arbeiten unsere Fragestellungen entwickelten.
Schließlich sollen in einem Untersuchungsteil anhand einer eigenen Untersuchung unsere Annahmen detaillierter bearbeitet werden.
Vorweg sei darauf hingewiesen, daß wir uns darauf beschränken, die tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Hypothesen im Hinblick auf ihren Beitrag zur frühkindlichen Sozialisation darzustellen, da von ihnen die bedeutsamsten Impulse für die Deprivationsforschung- die ja ein wichtiger Gegenstand unserer Untersuchung ist- ausgingen. Zudem liefert die Psychoanalyse die umfassendste Theorie zur Erklärung der kindlichen Entwicklung. Ihre Begriffe und die Zusammenhänge, die sie knüpft, ermöglichen in hohem Maße sowohl die Erklärung gesellschaftlicher Phänomene als auch Kritik an diesen. Ihr Mangel liegt allerdings darin, daß sie bisher nur ungenügend empirisch überprüfbar ist, so daß die Grenzen ihres Geltungsbereiches und dessen genaue soziale Bedingungen nicht immer scharf genug beschreibbar sind.
Dagegen machen heute vor allem die verschiedenen Richtungen der Verhaltenstherapie (Verhaltensmodifikation) wissenschaftliche Ansprüche geltend, die recht weit über die Entwicklung, Verbreitung und begrenzte Anwendung bestimmter Behandlungsverfahren hinausgehen. Sie grenzen sich entschieden von der Psychoanalyse ab, die sie als spekulativ, unkontrollierbar

und unwissenschaftlich betrachten- wobei sich allerdings in letzter Zeit eine vorsichtige Annäherung beobachten läßt. Grundsätzlich läßt sich ja auch eine Parallele zwischen der Entwicklung der Psychoanalyse (Freud ging ursprünglich von hysterischen Symptomen aus, um dann schließlich zu einem umfangreichen und viele Störungen umfassenden Therapieinstrument zu gelangen) und der Entwicklung der Verhaltenstherapie aufzeigen, die ja ebenfalls ursprünglich symptomorientiert begann und nun mehr und mehr die Notwendigkeit komplexer funktionaler Analysen betont.
Die Schwierigkeiten einer verhaltenstherapeutischen Position, die sich ausschließlich auf exaktes Experimentalwissen stützt- also kaum das psychosoziale Feld des Patienten, den institutionellen und interpersonalen Aspekt des psychosozialen Feldes berücksichtigt, sind inzwischen auch in der Verhaltenstherapie selbst bemerkt und diskutiert worden und es mehren sich in letzter Zeit zunehmend selbstkritische Äußerungen, die von den oft polemischen Ausgangspositionen Wolpes (1972), Eysencks (1960) und Rachmanns (1973) aufgrund konkreter klinischer Erfahrungen abrücken.
Einen Versuch, die rigiden Forderungen des orthodoxen Behaviorismus zu umgehen und kognitive Prozesse bei der Erklärung menschlicher Verhaltensweisen zu berücksichtigen, haben vor allem E.C. Tolman (1932), G.A. Kelly (1955), O.H. Mowrer(1960), A.Bandura (1971) und in neuester Zeit M.J.Mahoney (1974) unternommen, die die strengen Anforderungen der Verhaltenstherapie nach empirischer Überprüfung der eigenen therapeutischen Praxis mit den Vorteilen einer flexiblen, das Denken und Fühlen berücksichtigenden Therapie verbinden.
Festzuhalten bleibt, daß wir uns in den folgenden Kapiteln darauf beschränken, die psychoanalytische Theorie im Hinblick auf ihren Beitrag zur Entwicklungspsychologie und zum frühkindlichen Sozialisationsprozeß darzustellen und sie keiner berechtigten Kritik unterziehen, die dahin geht, daß die vielfältigen Vermittlungsformen zwischen Individuum und Ge-

sellschaft nicht oder ideologisch verzerrt dargestellt werden (diese Kritik würde über den Rahmen unserer Arbeit hinausgehen).

Des weiteren soll, da es uns schwierig erscheint, ein einheitliches Bild der Gesamtentwicklung des menschlichen Individuums darzustellen, weil die Entwicklung verschiedener Merkmale sich u.E. nach kaum zu einem solchen Gesamtbild ordnen läßt, besonders auf Piaget als wichtigen Vertreter der Entwicklungspsychologie eingegangen werden, da es sich bei seinen Arbeiten auf diesem Gebiet um das wohl umfassendste entwicklungspsychologische System handelt und er ebenso wie Spitz die Bedeutung früher Lebenserfahrungen für das spätere Leben des Individuums besonders hoch einschätzt, wobei er die Entwicklung der Organismus-Umwelt-Relation als Anpassungsgröße und Wechselwirkungsprozeß zwischen organismischer Reifung und dem Erleben (Lernen) beschreibt. In diesem Zusammenhang wird auch ein zusammenfassender Überblick über die bedeutsame Forschungsrichtung bezüglich der kindlichen Entwicklung der Psychologie und Pädagogik der UDSSR gegeben.

Aus Piaget's Untersuchungen sollen weiter insbesondere zwei Komplexe hervorgehoben werden, und zwar die intellektuelle Entwicklung des Kindes und die in seiner Untersuchung "Das moralische Urteil beim Kinde" (1954) beschriebene Entstehung einer autonomen Moral, die ja wesentliche Aspekte sozialen Verhaltens enthält.

I. Theorien

1. Entwicklungspsychologie

1.1. Psychoanalytische Beiträge zur Entwicklungspsychologie der frühen Mutter-Kind-Beziehung

In seinen "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (1905) und der 1908 erschienenen Schrift über "Charakter und Analerotik" entwickelte Freud seine genetische Charakterlehre, die später von seinen Schülern zum Ansatz eines oralen, analen, urethralen, phallischen und genitalen Charakters bis hin ins Erwachsenenalter ausgebaut wurde.
Auf der Grundlage dieser Charakterlehre wird das Triebschicksal des Menschen als bestimmt gesehen durch Versagungen und Gewährungen in der Libidoentwicklung, wobei verschiedene "Objektwahlen" die Stufen der "Objektbeziehungen" und die weitere Entwicklung herbeiführen.
Das erste Objekt der Libido ist die Mutter, die durch die Verbindung mit der Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses eine enge Wechselbeziehung zwischen sich und dem Säugling herstellt, da dieser in der ersten Lebenszeit völlig hilflos und in seinem Weiterleben ganz und gar auf die Mutter bzw. Ersatzmutter angewiesen ist.
Portmann (1951) hat aus der Tatsache, daß das menschliche Kind im Gegensatz zu allen übrigen höheren Säugern in besonderer Weise unfertig zur Welt kommt, die Theorie von der "physiologischen Frühgeburt" des Menschen und dem "extrauterinen Frühjahr" entwickelt.
Danach erfordert die außerordentliche Kompliziertheit der Verhältnisse, an die sich der Mensch anpassen muß, ein hohes Maß an Plastizität und Lernfähigkeit.
Doch zunächst bilden Mutter und Kind in der frühen Lebenszeit des Kindes als einzigartige Form der sozialen Beziehung eine "Masse zu zweit" (Freud, 1921) oder eine Mutter-Kind-Dyade- wobei hier angemerkt sei, daß diese Dyade i.e.S. keine Zweierbeziehung bezeichnen kann, da in

der Regel auch die Vaterfigur (implizit oder explizit) in diese Beziehung integriert ist und somit eigentlich eine Dreierbeziehung beschreibt- die aus einer Vielzahl von Wechselbeziehungen besteht.

M. Balint (1973) spricht in diesem Zusammenhang von einer primitiven Zwei-Personen-Beziehung und meint, daß man diese in erster Annäherung auch als primäre Objektbeziehung oder primäre Liebe betrachten könne, deren wichtige Eigenschaft u.a. der enorme Intensitätsunterschied zwischen den Erscheinungsformen von Befriedigung und Versagung sei.

Diese primäre Objektbeziehung oder Mutter-Kind-Dyade, die von A. Balint (1939), von Mahler (1972) und von Th.Benedek (1949) auch symbiotische Beziehung genannt wird, bildet vor allem bei R.Spitz (1959) den Gegenstand umfangreicher Forschung.

Lorenzer (1973) definiert die Mutter-Kind-Symbiose bzw. Mutter-Kind-Dyade als ein

> "...intimes Zusammenspiel zwischen Embryo/Neugeborenem und bestimmtem primärem Beziehungsobjekt, realisiert in einer oder mehreren, gleichartig sich dem Kind zuwendenden Personen."(S.27)

Drei Grundprozesse sind seiner Meinung nach an diese Mutter-Kind-Beziehung gebunden, und zwar

1. "die Triebregulation im Wechselspiel von Trieberfüllung und Versagung"- wobei dieses Wechselspiel als Motor der Entwicklung betrachtet werden muß.
2. Die Tatsache, daß "dieses Einspielen der Triebregulation (...) schon in der jeder Erlebensfähigkeit vorangehenden organismischen Frühphase der kindlichen Entwicklung Ansatz für jene Ausbildung realitätsgerichteten Handelns (ist), dessen Kontrapunkt die Entfaltung von Phantasie und infantilen Wunschgebilden ist" und
3. die Triebregulation als der Ansatz für Objektbeziehungen, wobei "im Realisieren von Triebwünschen innerhalb der Mutter-Kind Dyade (...) die Beziehung zum befriedigenden Partner zu jenen Formeln verdichtet (wird), die die ganze spätere Entwicklung bestimmen." (S.27/28)

M.Mahler (1972) beschreibt in Anlehnung an Hartmann (1960) mit dem Begriff der Symbiose einen Zustand der Undifferenziertheit, der Fusion des Kindes mit der Mutter, in dem das Ich noch nicht vom Nicht-Ich unterschieden wird und in dem Innen und Außen erst allmählich als unterschiedlich empfunden zu werden beginnt.
Als Hauptadaptionsleistung des Kindes sieht sie seine Fähigkeit, sich in den symbiotischen Prozeß einzupassen, wobei sie durchaus von einem wechselseitigen Prozeß zwischen Mutter-Kind ausgeht, da ja auch von der Mutter eine Anpassungsleistung verlangt wird.
In den Wochen, die der Entwicklung der Symbiose vorausgehen, ist das Verhaltensinventar des Säuglings beschränkt auf lange Schlafenszeiten als eine Art Fortbildung des embryonalen Lebens: Nahrungsaufnahme, negative Reaktionen (Schreien) und unkoordinierte Impulsbewegungen (Strampeln).
Wie Mahler zeigt, beginnt vom zweiten Lebensmonat an, mit dem verschwommenen Gewahrwerden des bedürfnisbefriedigenden Objekts, die Phase der normalen Symbiose, in der der Säugling sich so verhält und seine Funktionen so wahrnimmt, als ob er und seine Mutter ein allmächtiges System darstellten- eine Zweieinheit innerhalb einer gemeinsamen Grenze.
In der Mitte des ersten Lebensjahres ist der symbiotische Partner nicht mehr austauschbar, d.h. daß der Säugling nunmehr eine spezifische symbiotische Beziehung zu seiner Mutter oder zur ständigen Pflegeperson erreicht hat (s.a.Spitz,1972)- hier, so meint Mahler aufgrund ihrer Beobachtungen an Kindern, sei der Höhepunkt der Symbiose erreicht, die insgesamt etwa die ersten drei Lebensjahre des Kindes umfaßt.
Anzumerken sei, daß Mahler ihre Beobachtungen an "schizophrenen" (psychisch gestörten) Kindern gemacht hat, womit eine Verallgemeinerung ihrer Befunde wohl nur bedingt möglich ist.

Papoušek (1977) bewertet in diesem Zusammenhang kritisch, daß

> "Über die Erkenntnisse der intuitiven Psychologie hinaus (hat) die moderne Zeit nicht viel mehr als neue hypothetische Interpretationen gebracht und dabei neue Begriffe wie "dependency" (Sears), "attachment"(Bowlby) oder "Dualunion"(Spitz) zur Analyse der Mutter-Kind-Beziehungen eingeführt (...). Erstaunlich ist jedoch, daß die für die Entwicklung entscheidenden Aspekte dieser Beziehung bisher weitgehend unbekannt sind oder keiner objektiven Analyse und Verifikation unterzogen wurden."

Bisher habe man keine Erklärung darüber abgeben können, durch welche Faktoren sich die Mutter-Kind-Beziehung positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirke. Vielmehr fänden sich hier mehr Spekulationen als konkrete Beobachtungen.
Auch J.Kagan (1978) stellt die Bedeutung der elterlichen Liebe in den ersten Lebensjahren des Kindes für dessen Entwicklung zu einem psychisch gesunden Erwachsenen in Frage und weist daraufhin, daß es keine Daten gebe, die die Beziehung zwischen bestimmten elterlichen Verhaltensweisen und der kindlichen Wahrnehmung, geliebt oder nicht geliebt zu werden und seinem späteren Befinden unzweideutig belegten.
U.E. nach gibt es jedoch eine große Menge von Untersuchungen, die klare Ergebnisse bezüglich der negativen Auswirkungen gestörter Mutter-Kind-Beziehungen erbracht haben, bzw. die Bedeutung einer guten Objektbeziehung für eine gesunde psychische Entwicklung herausgestellt haben.
So gehört R.Spitz (1959) -neben Lowrey (1940) und Goldfarb (1945)- zu jenen Wissenschaftlern, die die Beziehungen, die das Kind von Geburt an zur Bezugsperson herstellt, eingehend empirisch untersucht haben.
Spitz sieht drei Stufen der Entwicklung von Objektbeziehungen und damit der Differenzierung des Ichs, und zwar

1. die objektlose Stufe,
2. die Stufe des Objektvorläufers und
3. die Stufe des Objekts im eigentlichen Sinne.

Sowohl Objekt als auch Objektbeziehungen entwickeln sich fortschreitend und allmählich im Laufe des ersten Lebensjahres, in dessen zweiter Hälfte sich das eigentliche libidinöse Objekt konstituiert.

In diesem Zusammenhang stellt Spitz (1976) fest, daß erst das Zustandekommen eines Dialoges (bzw. seiner Vorläufer, deren ältester die Stillsituation ist), die Erwiderung oder Nicht-Erwiderung libidinöser und aggressiver Initiativen, dem Kind ein Kriterium seiner Unterscheidung von belebt und unbelebt liefert.

Mit 'Dialog' bezeichnet Spitz also die Gegenseitigkeit zwischen Mutter und Kind- wobei es sich hier natürlich nicht um einen verbalen Austausch handelt, sondern um einen solchen von Handlung und Reaktion, der innerhalb der Dyade als ein Kreisprozeß vor sich geht, als wechselseitig stimulierender "Rückkopplungsstromkreis".

1. Die objektlose Stufe

Diese Stufe entspricht etwa der des primären Narzißmus (Freud,1914), die Hartmann (1960) die undifferenzierte Phase nennt und die gekennzeichnet ist durch das Fehlen von Wahrnehmung im Sinne des Erkennens von Reizen der Umgebung; nur die coenästhetische Organisation der Empfindungen, deren Zentrum im autonomen Nervensystem liegt und die sich in Form von Affekten manifestieren, ist vorhanden.

Diese Art "Wahrnehmung" ist rezeptiv (im Gegensatz zu perzeptiv), d.h. Reize von innen rufen beim Säugling Reaktionen hervor, ohne daß ihm dieser Vorgang bewußt ist. Das unterscheidet die coenästhetische Organisation von der späteren diakritischen.

Eine hohe Reizschranke schützt also den Säugling vor den Reizen der Außenwelt; seine affektiven Reaktionen sind im wesentlichen ' Unlustreaktionen , denn die Wahrnehmung von Bedürfnissen, von physiologischen Spannungszuständen, führt z.B. ebenso zu Unlustreaktionen wie der gewaltsame Durchbruch der Reizschwelle.
Spitz betont besonders die Wichtigkeit der Einheit von Bedürfnisbefriedigung und Wahrnehmung als Voraussetzung für das Niederlegen erster Gedächtnisspuren- nach Freud (1920) auch "Erinnerungsspuren".
Gegen Ende der ersten Lebenswoche reagiert der Säugling auf eine Gleichgewichtsänderung, indem er in horizontaler Lage seinen Kopf in Richtung der Brust der ihn tragenden Person dreht, gleichgültig ob Mann oder Frau.
Von der zweiten bis zur sechsten Lebenswoche nimmt er einen äußeren Reiz nur wahr, wenn zwei Faktoren zugleich vorhanden sind:Der erste- äußere- ist mit bevorstehender Bedürfnisbefriedigung assoziiert, der zweite ist propriozeptiven Ursprungs, nämlich das Bedürfnis nach Nahrung.
Bis zum zweiten Lebensmonat erkennt das Kind das Signal Nahrung nur, wenn es hungrig ist.
Häufig treten zwischen dem Verspüren eines Bedürfnisses und seinem Verschwinden Verzögerungen ein. Diese Frustration (Versagung) ist der wichtigste Motor von Evolution, da das Gefühl der Unlust auf Veränderung drängt.
Die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich hängt u.a. in entscheidendem Maße von eben diesem Anteil an Entbehrung ab, die das Kind bei der Befriedigung seiner Triebbedürfnisse erlitten hat, wobei Freud (1915) annimmt, daß das Kind, wenn alle seine Bedürfnisse befriedigt würden, dazu neige, die Quelle der Befriedigung als einen Teil von sich selbst zu betrachten; erst bei teilweiser Entbehrung könne es zwischen sich und dem Objekt unterscheiden.
So steht also die Frustration am Ursprung des Anpassungsverhaltens und am Ursprung eines der wichtigsten Anpassungs-

mittel, nämlich der Bildung von Gedächtnisspuren und des Gedächtnisses.

2. Die Stufe des Objektvorläufers

Wahrnehmung ist also zunächst Kontaktwahrnehmung. Im dritten Lebensmonat zeigt der Säugling eine deutliche Reaktion auf eine Gesichtsgestalt (Schema) und vermag nun einen Teil seiner körperlichen Mittel zu koordinieren und in den Dienst des Ausdrucks eines psychischen Geschehens zu stellen- Manifestation einer solchen Koordination ist das "Dreimonatslächeln". Dieses Lächeln des Kindes beim Anblick einer Gesichtsgestalt kann jedoch nicht als Symptom einer echten Objektbeziehung gewertet werden, da das Kind hier noch keinen Partner, keine Person wahrnimmt, sondern lediglich ein Signal- Spitz nennt es deshalb "Gestalt-Signal", das sich aus Stirn, Nase und Augenpartie zusammensetzt und das in Bewegung sein muß.
Daß es sich nicht um das Gesamt des menschlichen Gesichts handelt, zeigt sich darin, daß der Säugling in dieser Zeit auch einer Maske mit den entsprechenden "Qualitäten" des Gesichts zulächelt. Aus den "Qualitäten" des 'Gestalt-Signals', die ja an die Bedürfnisbefriedigung gekoppelt sind, kann sich aber später das Objekt ableiten.
So ist das 'Gestalt-Signal' schon wesentlich an der Entstehung echter Objektbeziehungen beteiligt, weshalb Spitz hier auch von der Vorstufe des Objekts spricht.
Nun vollzieht der Säugling die Wendung von der Rezeption von inneren Reizen zur Wahrnehmung äußerer Reize, wozu er in der Lage sein muß, das bedingungslose Funktionieren des Lust-Unlust-Prinzips zu durchbrechen, die Reize, die von außen kommen, libidinös zu besetzen. Die Unterscheidung von Bewußtsein, Vorbewußtsein und Unbewußtem ist nun möglich. Ich und Es trennen sich und das rudimentäre Ich beginnt zu funktionieren. Dieses setzt an die Stelle der primitiven Verteidigung durch die hohe Reizschwelle die überlegenere und flexiblere, durch selektive Verarbeitung der ankommenden Reize.

Die Schutzfunktion der hohen Reizschranke wird vom entstehenden Ich übernommen.
Das Ich (also jener Teil der Psyche, der sich mit der Umwelt mit dem Ziele befaßt, ein Maximum an Befriedigung oder Entladung zu erreichen, das mit den durch die Außenwelt gesetzten Beschränkungen vereinbar ist) entwickelt sich somit aus Einrichtungen von Reizschutz und Reizaufnahme; es lernt Reize kennen, Erfahrungen über sie aufzuspeichern und überstarke Reize zu meiden.
Eine Differenzierung zwischen Ich und Nicht-Ich, zwischen Innen und Außen, findet also zuerst hinsichtlich der Ichfunktionen statt, die da sind: Sinneswahrnehmung (das Ich informiert sich über die Umwelt), Erinnern, motorische Kontrolle, Denken (gemäß dem Sekundärprozeß),Realitätsprüfung (Unterscheidung zwischen Innen- und Außenreizen), Enttäuschung (zur Schaffung fester Ichgrenzen).
Diese Differenzierung beginnt etwa in den ersten sechs bis acht Lebensmonaten und ist mit zwei oder drei Jahren deutlich nachweisbar.

3. Die Stufe des Objekts im eigentlichen Sinne

Eine neue Stufe erreichter Integration der Persönlichkeit des Kindes zeigt sich in der Herausbildung der "Achtmonatsangst". Das Kind reagiert auf die Anwesenheit eines Fremden mit der Furcht, die Mutter hätte es verlassen.
Die diakritische Wahrnehmung und damit höhere Komplexität des psychischen Systems sind soweit erreicht, daß das Gesicht des Fremden mit dem der Mutter verglichen werden kann.
Die Mutter ist nun zum alleinigen libidinösen Objekt geworden, wobei dieses Objekt nicht nur im optischen, sondern auch und vor allem im affektiven Bereich konstituiert worden ist. Damit hat das Kind die Stufe des eigentlichen libidinösen Objekts erreicht- die psychische Organisation erlaubt nun eine gerichtete intentionale Abfuhr von Affekten.
Es hat sich das "Urvertrauen" (basic trust) des Kindes zur

Mutter hergestellt, welches nach Erikson (1966) die Voraussetzung jeder weiteren psychischen Entwicklung ist. Entwicklung bedeutet bei ihm weitgehend soziales Lernen, wobei es gilt, die zeitliche Entwicklung des Organismus mit den sozialen Einrichtungen der menschlichen Gesellschaft in Übereinstimmung zu bringen.
Mit Beginn des zweiten Lebensjahres beginnt sich das Kind im Raum zu bewegen, seine Umwelt zu erforschen.
Dabei gerät es in Konflikt mit den Eltern bzw. Erzieherpersonen, die es selbst vor Gefahren und die Gegenstände vor Zerstörung schützen wollen.
Die Welt der Erwachsenen, repräsentiert durch die Eltern, stellt nunmehr ihre Forderungen, indem sie der explorativen Tätigkeit des Kindes durch Verbote gewisse Grenzen setzt und es mit Maßnahmen konfrontiert, die darauf abzielen, es an die Beherrschung seiner Körperfunktionen, an Reinlichkeit zu gewöhnen.
Die Fähigkeit des Kindes zu eigener Willensäußerung, die sich ganz allgemein in der Fähigkeit des Festhaltens und Loslassens (Erikson, 1966) ausdrückt, kollidiert unweigerlich mit den Ansprüchen der Erzieherpersonen, wobei die Diskrepanz zwischen Autonomiestreben des Kindes und Erwartungen der Erzieherpersonen, unserer Kultur entsprechend, besonders bei der Reinlichkeitserziehung deutlich wird, die die anale Phase erst in ihrem ganzen Ausmaß bestimmt.
Hier ist also der Kampf um Selbständigkeit das herausragende Charakteristikum. Der Negativismus während des 2. Lebensjahres, die Fähigkeit zum Neinsagen, sind Beispiele hierfür, wobei die in dieser Phase beobachtbare rastlose Aktivität, die durch das Wachsen der Bewegungsfunktion, das Beherrschenlernen der Sprache ermöglicht wird, in der Beziehung zu den Eltern sozusagen von einer Selbständigkeitskrise in die andere führt. Die Verarbeitung der in dieser Phase auftretenden Konflikte wird normalerweise durch das Ich gewährleistet.

Da die Entwicklung der Körpermuskulatur und zunehmend komplexerer Denkoperationen die Durchführung einer steigenden Zahl von koordinierten Handlungsabfolgen ermöglichen, sind die Voraussetzungen für die weitere Strukturierung des Ichs gegeben. Das Kind ist nun in der Lage, eine gerichtete, d.h. intentionale Abfuhr affektiver Spannungen zu leisten; wirksamere Bedürfnisbefriedigung und willentlicher, zielgerichteter Lustgewinn wird ermöglicht. Es ist nicht mehr auf die archaischen Formen der Abwehr angewiesen, sondern hat nun die Funktionen des Urteilens und Entscheidens erworben (Spitz, 1972). Auch Freud hebt in seiner Arbeit über "Die Verneinung" (1925) die Bedeutung des Urteilens als die intellektuelle Aktion hervor, "...die über die Wahl der motorischen Aktion entscheidet, dem Denkaufschub ein Ende setzt und vom Denken zum Handeln überleitet."(Studienausgabe, 1975, S.376)
Die Bedeutung der analen Phase liegt vor allem auf der Gestaltung der Objektbeziehungen; nur deren konsistente und kontinuierliche Entwicklung erlaubt dem Kind die Ausbildung aller aufgrund seines Reifungszustandes möglichen Fähigkeiten, die da außer der koordinierten Muskelbetätigung besonders kognitive Fähigkeiten, Sprache, Interaktion etc. sind.
Jeder Bruch wird die Ausbildung weiterer Umweltkontakte erschweren, die Persönlichkeit in ihren Möglichkeiten einschränken und sie später als besonders rigide erscheinen lassen.
Im Alter von zweieinhalb bis dreieinhalb Jahren beobachtet man bei den meisten Kindern eine Periode gesteigerter Erregbarkeit, die gekennzeichnet ist durch eine starke Ambivalenz der Gefühle. Das Kind befindet sich nun in der von Freud so bezeichneten phallischen Phase, die von einem intensiven Wissenstrieb auf sexuellem Gebiet beherrscht wird, dessen Unterdrückung der Unterdrückung der Intelligenz gleichkommen kann.
Das Kind muß sich nunmehr mit seiner Stellung zwischen den Eltern auseinandersetzen.

In dieser Periode der Ich-Abhebung erkennt es, daß die Mutter ihm nicht allein gehört, daß diese mit dem Vater in besonderer Weise verbunden ist- der Vater erscheint als Rivale, mit dessen Rolle man sich jedoch identifizieren möchte.
In der Freud'schen Psychoanalyse werden diese unter den infantilen Konflikten an Bedeutung herausragenden Konstellationen unter dem Begriff "Ödipuskomplex" gefaßt.
Damit wird ausgedrückt, daß es sich hier um regelmäßig traumatische Konflikte handelt, die aber gleichzeitig als so normal gelten, daß sie durch entsprechende Analyse bei jedermann wiederentdeckt werden können.
Die Bezeichnung "Ödipuskomplex"- und was den traumatischen Kern anbetrifft "Kastrationskomplex"- ist also nur durch die ätiologische Betrachtungsweise gerechtfertigt.
Wenn auch die Analyse die Existenz eines solchen Komplexes aufweist, so könnten doch erst vergleichende Untersuchungen des empirischen Verlaufs der infantilen genitalen Konflikte unter verschiedenen gesellschaftlichen Bedingungen die Frage der Notwendigkeit der Annahme eines Ödipus- und Kastrationskomplexes mit allen Implikationen- wie krankhafte Verarbeitung und soziale und geschlechtliche Diskriminierung- erweisen (s. hierzu auch Deleuze/Guattari, 1974).
Die sekundäre Identifizierung mit den libidinös hochbesetzten Eltern und die Internalisierung ihrer Verbote ins Ich sind die Konstituentia des Über-Ich; wobei die Härte des Über-Ich proportional der Aggressivität ist, die das Kind den verbietenden Autoritäten entgegensetzt. Jeder Triebverzicht steigert diese Härte bzw. Strenge des Gewissens.
Das ödipale Kastrationstrauma kann als Kern des Über-Ich angesehen werden; es verschafft ihm die notwendige Energie durch Unterdrückung und Desexualisierung der heftigen Triebregungen. Zugleich ist es ein Modell für alle Über-

lebensversuche des Ich, das sich mehr und mehr verhärten, einen regelrechten Panzer (Reich, 1930) bilden und so das Überleben mit lähmender Unbeweglichkeit bezahlen kann; wobei sich die Stärke dieses Panzers ausschließlich nach den Forderungen der Außenwelt, der Gesellschaftsordnung und nicht etwa nach einem halluzinierten Freiheitsspielraum in der "unbeschwerten" Kindheit richtet.
Die allmähliche Fokussierung der polymorphen Sexualität des Neugeborenen, ihre Konzentration auf bestimmte Zonen und Organe und ihre Negation mit dem Beginn der Latenzperiode- deren Beginn sich biogenetisch und physiologisch nicht eindeutig erklären läßt, deren Ursachen für ihren Beginn, nämlich der Untergang der ödipalen Konstellation und die Ausbildung des Über-Ich, aber eher sozial zu nennen sind, wohingegen das Ende der Latenz eindeutig durch die Ausbildung der Keimdrüsen und der sekundären Geschlechtsmerkmale physiologisch zu belegen ist- treten auf mit einem sozialen Prozeß der Unterdrückung und Versagung der Triebbefriedigung, mit dem die Ausbildung des Wirklichkeitssinnes, die Ich-Entwicklung einhergeht.
Stand die Entwicklung bis zur Latenzperiode im Zeichen der Errichtung des Genital-Primats (über und gegen die Partialtriebe der vorhergehenden Phasen), so dient die Latenzzeit der Errichtung des sozialen Primats (über und gegen die individuelle Triebbefriedigung.

1.2. Entwicklungspsychologischer Beitrag Piaget's

Piaget (1965) begreift die geistige Entwicklung des Kindes als Konstruktion von logischen Strukturen, die sich im Verlaufe der Zeit zu immer systematischeren und flexibleren Systemen konstituieren; wobei sie als Abfolge von drei großen Konstruktionen erscheint, von denen jede die vorherige verlängert, indem sie sie zunächst auf einer neuen Ebene aufbaut und danach mehr und mehr über sie hinausgeht.

Die großen zentralen Strukturen jedes Stadiums der Entwicklung sind integrativ und nicht gegenseitig austauschbar, da jede aus der vornergehenden resultiert, in diese als untergeordnete Struktur integriert wird und die folgende vorbereitet, indem sie sich früher oder später einordnen wird; wobei Piaget hier das kindliche Handeln und seine Kognition quasi als defizitär bestimmt, gegenüber dem vollentwickelten Denken, Sprechen und Wahrnehmen der Erwachsenen. Folgt man dieser Einteilung in drei Stadien, so ergeben sich folgende Entwicklungsstufen:

1. das sensori-motorische Stadium (0-2 Jahre), in dem Wahrnehmungen und Handlungen organisiert und einander zugeordnet werden;
2. ein Übergangsstadium (2-11 Jahre), das sich wiederum aufgliedert in ein voroperationales Stadium, in das Stadium der konkreten und das der normalen Operationen.

a) Voroperationales Stadium (2-7 Jahre)
Hier wird die Sprache erworben, den Dingen werden Symbole zugeordnet und einfache Verallgemeinerungen können vorgenommen werden.
Durch Sprache wird Kommunikation möglich, die äußere Welt besteht nicht mehr allein aus Objekten (und Personenobjekten), sondern auch aus Subjekten.
Der Egozentrismus des Kindes, der sich äußert in einem Aufgehen des Ichs in den Dingen und Personen, wobei der eigene Gesichtspunkt und der der anderen nicht unterschieden werden, löst sich langsam auf, da aufgrund der Kommunikation die Möglichkeit anderer Perspektiven erfahren wird.

b) Stadium der konkreten Operationen (7-11 Jahre)
Das Kind erwirbt nun die Fähigkeit, die unmittelbar gegebene Wirklichkeit zu strukturieren und indem es mit konkreten Dingen umgeht, lernt es auch das Konzept der Konversation, allerdings mit Verschiebungen in der Erscheinungszeit analoger Strukturen:

Zunächst entdeckt es die Konversation der Substanz (7-8 Jahre). Vor diesem Stadium geht es von einem Mengenbegriff aus, der noch undifferenziert Substanz, Menge und Volumen enthält. Gibt man beispielsweise einem Kind zwei gleich große Plastillinkugeln, so erkennt es diese als "gleich". Zerteilt man eine der beiden Kugeln vor den Augen des Kindes in kleine Stücke, so sind diese zusammen nun "mehr" als die intakt gebliebene Kugel. Später erkennt es, daß es sich bei beiden Kugeln um die gleiche Menge handelt; es differenziert nun auch die Vorstellung der Invarianz des Gewichts aus dem ursprünglichen Mengenbegriff (9-10 Jahre) und schließlich die Vorstellung der Invarianz des Volumens (11- 12 Jahre). Notwendige Voraussetzung dieser Operationen ist die Einsicht in die Umkehrbarkeit von Prozessen (aus den vielen kleinen Kugeln kann wieder eine große gemacht werden).
Ein weiteres wichtiges Moment bei der Ausbildung der Operationen ist die Bedeutung affektiver und sozialer Prozesse.

c) Stadium der formalen Operationen (ab 11 Jahre)

Jetzt erreicht das Kind das Stadium des formalen Denkens, d.h. das Denken, das sich auf Hypothesen bezieht und sich darauf beschränkt, ausschließlich vom Standpunkt der Deduktion aus, ohne Rekurs auf die Wirklichkeit zu überlegen, ob die aus den Hypothesen gezogenen Schlußfolgerungen begründet sind oder nicht.
Eine der wichtigsten Fähigkeiten, die das Kind jetzt erwirbt, ist die der Reflexion über die eigenen Gedanken.
Piaget nennt vier Faktoren, die die unveränderliche Abfolge der Entwicklungssequenzen bedingen, und zwar einmal Reifung, dann Erfahrung und Übung mit den Objekten und Operationen, soziale Interaktion und schließlich die Implikation, d.h. eine spätere Leistung setzt die frühere voraus. Allerdings bleibt der Anteil der einzelnen Faktoren an der Entwicklung unklar.

Weiter beschreibt er (1969) die Entwicklung der Intelligenz mit Hilfe zweier grundlegender Kategorien, nämlich der Akkomodation und der Assimilation; wobei Akkomodation die Angleichung des Organismus an die äußere Welt und Assimilation die Einverleibung des Aufgenommenen in den eigenen Organismus, d.h. die Einordnung in das, was der Organismus selbst ist und was er schon assimiliert hat, die Aufnahme des Fremden also in das Selbst bedeutet.
In dieses Grundkonzept werden von ihm noch zwei weitere Phänomene eingeordnet: Imitation und Spiel, in denen sich das Verhältnis von Akkomodation und Assimilation ausdrückt. Überwiegt die Akkomodation, d.h. ist der Organismus vorwiegend darum bemüht, sich den vorgegebenen Eindrücken anzupassen, so wird dieser Zustand von Piaget als Imitation beschrieben; überwiegt der Vorgang der Assimilation, d.h. bemüht sich der Organismus vor allem darum, Realitäten in sich aufzunehmen und sie sich zu eigen zu machen, sie zu integrieren in den Intellekt und seine bisherigen Erfahrungen, so spricht er von Spiel.
Dabei ist das Kinderspiel im wesentlichen die Loslösung einer Erfahrung von der Realität, die Wiederholung und Selbsthandhabung dieser Erfahrung mit dem Ziel, sie assimilieren zu können, also in das eigene Verstehen völlig einzubauen. Es gehört den wesentlichen Techniken der Weltaneignung an.
Entsprechend dieser Funktion des Spiels als des kindlichen Mediums zur Bewältigung des Vorgangs der Assimilation unterscheidet Piaget drei Hauptformen:

1. das Übungsspiel, das - der senso-motorischen Entwicklung, Übung und Intelligenz entsprechend- die Funktion der Einübung von Verhaltensschemata hat;
2. das Symbolspiel, das mit fiktiven Darstellungen und Handlungen an Gegenständen arbeitet, das also die Vor-

stellung eines abwesenden Objekts voraussetzt und

3. die Spiele nach Regeln, die "notwendigerweise soziale oder interindividuelle Beziehungen (voraussetzen)... Die Regel ist eine Regelmäßigkeit, die von einer Gruppe auferlegt wird, so daß ihre Verletzung ein Fehlverhalten darstellt." (1969, S. 149)

Das Regelspiel gehört zwar noch zu den Assimilationsvorgängen- insofern, als das Kind sich die Regeln der Welt in einer ihm erreichbaren Form zu eigen macht- enthält aber schon sehr starke Akkomodationsforderungen, denn das Kind muß sich den gegebenen Regeln unterwerfen, diese sind nicht mehr spielerisch verfügbar.

Spiel ist für Piaget also das Mittel psychischer Bewältigung von kognitiven Funktionen, die direkt nicht bewältigt werden können; es muß somit behelfsmäßig bewältigen, was der Realitätsbezug noch nicht zu fassen vermag, wodurch eine eindeutige Überordnung der kognitiven über die affektive Seite entsteht.

Durch die Unterordnung des Spiels unter die Vorgänge der Akkomodation bleiben bei Piaget allerdings die schöpferischen Momente unsichtbar- die Aktivität des Spiels ist für ihn in erster Linie eine reproduktive Funktion, die nichts Eigenes schaffen kann und somit Imitation bleibt, wenn auch nach den Möglichkeiten und Vorgegebenheiten des Subjekts.

Damit hat das Spiel für Piaget im Grunde nur eine kompensatorische Funktion für noch nicht erreichte Formen rationalen Erwachsenendenkens. Es wird überholt und ist dann "irrelevant" für die Natur der erwachsenen intellektuellen Operationen.

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive bedeutet dies, daß Sprache erst dann sozialisiert werden kann, wenn das Kind sie vorher intensiv durch die ihm zur Verfügung stehenden Aktivitätsformen der Nachahmung, des Spiels, der Imagination und des Träumens eingeübt und bekräftigt hat.

Mit seiner Grundthese, daß das Kind in der Phase der egozentrischen Sprache den subjektiven Gebrauch der Sprache als die notwendige Vorstufe für ihren objektiven, intersubjektiven Gebrauch im Denken lernt, hat Piaget eine breite internationale Kontroverse ausgelöst und sich vor allem in Widerspruch zu sowjetischen Psychologen gesetzt, die sämtliche geistige Vorgänge als komplexe funktionelle Ausprägungen ansehen, die als Ergebnis konkreter Formen der Interaktion zwischen dem Organismus und seiner Umgebung entstanden sind.
Sowohl das psychoanalytische als auch das pragmatische und das strukturalistische Modell der Persönlichkeitsentwicklung suchen die emotiv-kommunikative mit der kognitiv-operativen Sprachfunktion dadurch zu vermitteln, daß sie eine fiktive Orientierungsperson hypothetisch konstruieren (so Freud das "Über-Ich", Mead "the generalized other" und Piaget "l'image de ses collaborateurs"), wobei sich diese Übereinstimmung in der Annahme eines solchen "objektiven Geistes" wohl aus dem Bemühen erklärt, eine Begründung des Bewußtseins und des Denkens aus dem Prinzip der Intersubjektivität zu finden. Hier stellt sich aber sogleich die Frage, wie diese "Verallgemeinerung des anderen" in der Persönlichkeitsentwicklung jedes Individuums zustandekommt?
Freud, Mead und Piaget nehmen, jeder auf seine Weise, genetische Faktoren und soziale Mechanismen an, doch reichen die Annahmen solcher Mechanismen wie "Realitätsprüfung", "taking the role of the other" und"egozentrische"bzw. "sozialisierte Sprache" zur Erklärung dieses Phänomens nicht aus.
Wygotski- dessen theoretisches Konzept hier zusammenfassend vergegenwärtigt werden soll, weil es die Fragestellung und das Programm einer bedeutsamen Forschungsrichtung der Psychologie und Pädagogik in der UDSSR bezeichnet, durch das die einschlägigen Forschungen auf diesem Gebiet in den

westlichen Ländern ergänzt werden- sieht das Lernen als den wichtigsten Faktor für Entwicklung an. Seiner Ansicht nach ist die Entwicklung der Sprach- und Denkfähigkeit des Kindes ein Produkt von Lernprozessen und schon deshalb kein biologistischer, sondern ein sozialer historischer Prozeß, als das Lernen, das Entwicklung initiiert und vorwärtsbewegt, einen Zukunftsaspekt hat, der in der Zukunft der Gesellschaft begründet liegt- entsprechend muß sich Pädagogik "... nicht auf die kindliche Entwicklung von gestern, sondern auf die von morgen orientieren"(Wygotski, 1969, S.242).
Diese These impliziert gleichzeitig, daß Lernen als Motor der Entwicklung in Form sozialer Interaktion verläuft, in der die Sprache "...ein Mittel der Kundgabe und des Verstehens ist." Weiter ist für Wygotski die Funktion von Sprechen und Denken in der Persönlichkeitsentwicklung nur aus der "...Einheit der affektiven und der intellektuellen Prozesse angemessen zu begreifen"(A.a.O., S.15), wobei das Element, in dem Gefühl und Denken, Sprechen und Denken, eins werden, die Gesellschaft ist.
Wygotski stellt dem Entwicklungsmodell Piaget's sein eigenes Schema von der Entwicklung des Denkens durch die Entwicklung der Sprache entgegen, das von der "sozialen Sprache" über die "egozentrische Sprache" zur "inneren Sprache" führt. In der Phase des egozentrischen Sprechens wird die ursprünglich soziale Funktion der Sprache zum Strukturprinzip des individuellen Denkens, d.h. das Denken entwickelt sich aus dem Gespräch über das Selbstgespräch zur inneren Sprache als der Phase, in der die logischen Operationen sich ausbilden, was zugleich der Prozeß der "Verallgemeinerung des anderen" in der Sprache ist, der auf der Stufe der sozialen Sprache als konkreter Partner, auf der Stufe der egozentrischen Sprache als die Übernahme der Rolle des anderen durch den Sprecher anzusehen ist und auf der Stufe der inneren Sprache als die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des logischen Gedankenganges gegeben ist.

Zu den in den westlichen Ländern eher stiefmütterlich und von der sowjetischen Forschung eingehend behandelten Fragestellungen gehören vor allem auch die pragmatische Dimension der Sprache: der soziale Prozeß des Sprechens selbst, der Zusammenhang von Sprechakt und sozialer Situation, in dem die sozialen Lebensbedingungen der Sprecher sich in bestimmten sprachlichen Strategien, linguistischen Codes (s. hierzu auch Bernstein, 1972), Redeformen und -formeln zum Ausdruck bringen.
Weiter gehört dazu auch der entwicklungspsychologische Gesichtspunkt: die Intervention der Sprache in die sensomotorische Reaktion im Zuge der frühen sprachlichen Kommunikation des Erwachsenen mit dem Kinde und des kindlichen Spracherwerbs, sowie die damit verbundene Veränderung im Verhältnis der sprachlichen zu den nichtsprachlichen Komponenten der kindlichen Aktivität.
Hier zeigen vor allem Lurija's Forschungen (1973), wie das normale Kind die sprachlichen Interventionen der Erwachsenen zur Steuerung seines senso-motorischen Verhaltens allmählich selbst übernimmt und wie somit die Abhängigkeit von den sprachlichen Äußerungen anderer und von der hörbaren Sprache überhaupt in dem Maße abnimmt, wie das Verständnis für Wortbedeutungen wächst.
Doch nach diesem Exkurs zurück nach Piaget, der die Entwicklung der kindlichen Moral (einem ebenfalls wichtigen Moment in der kindlichen Entwicklung) durch zwei Typen sozialer Beziehungen geprägt sieht, und zwar durch Zwang und Kooperation.
Während zunächst die Unterwerfung unter den elterlichen Zwang bzw. die einseitige Achtung des Kindes der Autorität des Erwachsenen "heteronome Moral" zur Folge hat, entsteht später durch die Kooperation zwischen meist gleichaltrigen Kindern die "autonome Moral". Dazwischen liegt ein Stadium der Verinnerlichung von Regeln und Normen.

Den Eintritt des egozentrischen Stadiums (also der "heteronomen Moral") beobachtet Piaget bei etwa 2-5jährigen Kindern, die beginnende Kooperation bei 7-8jährigen und die Ausprägung der "autonomen Moral" schließlich bei etwa 11-12jährigen- da der Reifungsprozeß kontinuierlich verläuft, lassen sich die Stadien nicht streng voneinander trennen!).
Kritisch anzumerken sei, daß Piaget den Hauptfaktor für den Konformismus des Kindes in der einseitigen Achtung vor den Erwachsenen sieht; den "Generationsdruck" damit allein auf die Altersbeziehungen zurückführt, ohne die Abhängigkeit des Kindes im Zusammenhang mit seiner libidinösen Disposition zu diskutieren.
In seinem Sinne ist es dann ja nur folgerichtig, daß die Entwicklung der "autonomen Moral" auf Kosten von Umwelteinflüssen- wie z.B. Konflikte in der Familienkonstellation- fast ausschließlich auf Reifungsfaktoren zurückgeführt wird, wobei dann unberücksichtigt bleibt, daß ja die Entstehung einer moralischen Instanz (Gewissen, Über-Ich) erst das Ergebnis einer wie auch immer gearteten Erledigung des Ödipuskonfliktes- d.h. verarbeiteter konfliktuöser Beziehungen zu den Eltern- ist.
Innerhalb dieses biologistisch anmutenden Reifungsprozesses ist nach Piaget die Kooperation zwischen gleichaltrigen Kindern für die Entstehung der "autonomen Moral" bedeutsam und dieser Aspekt ist insofern wichtig, als möglicherweise die altershomogene Gruppensituation ("peer groups") sich günstig auf die Entwicklung einer autonomen Persönlichkeit auswirkt. Nur Kooperation ist in der Lage, das Individuum zu "vergesellschaften", d.h. zu sozialisieren. So lange das Kind in seiner präsozialen Egozentrik verharrt, vermag es keinen wirklichen Kontakt herzustellen und bleibt in seinem Ich eingeschlossen, d.h. ist nicht in der Lage, die Rolle eines anderen zu übernehmen, wobei es dadurch, daß es der(insgesamt gesehen) irrationalen Autorität der Erwachsenen Achtung entgegenbringt, an dieser Rollenübernahme gehindert bleibt.

Grundsätzlich ist bezüglich der Phasentheorie Piaget's anzumerken, daß alle von ihm angegebenen Alterswerte nur Annäherungswerte sein können, da der Ausgangspunkt für seine Datierungen Untersuchungen an nur drei Kindern ist. Da er jedoch die Entwicklung als Funktion komplexer Interaktionen verschiedener Faktoren sieht, ist es nicht verwunderlich, wenn die Datierungen der Entwicklung bei jedem Individuum unterschiedlich ausfallen, wobei Piaget aber daran festhält, daß die Aufeinanderfolge der einzelnen Stadien invariant ist- wie ja bereits oben angeführt.
Man darf die Natur dieser von Piaget gefundenen Stadien auch nicht, wie bei anderen deskriptiven Entwicklungspsychologen, als eine Beschreibung von spezifischen Verhaltensweisen bestimmter Altersgruppen sehen, sondern muß sie als theoretisch gegliederte Taxonomien ansehen, die Erklärungs- und Voraussagewert besitzen. Es handelt sich hier also um Abstraktionen, die die einzelnen spezifischen Verhaltensweisen, die bestimmte Stadien mehr oder weniger nur illustrieren, weit übersteigen.
Festzuhalten bleibt, daß die frühen Jahre des Kindes entscheidend für seine geistige und soziale Entwicklung sind, wobei aber eine frühe Entwicklung keineswegs Vorsprünge oder Rückstände schafft, die später nicht mehr aufzuholen sind.
In diesem Zusammenhang sei auf eine wichtige, aber sehr anfechtbare Untersuchung von Bloom (1971) verwiesen, der festzustellen glaubt, daß bei Vierjährigen bereits 50%, bei Achtjährigen dagegen schon 80% der Erwachsenenintelligenz entwickelt seien, was einer negativ beschleunigten Entwicklungskurve entspricht. Weiter meint er aus seinen Daten schließen zu können, daß günstige oder ungünstige Umweltbedingungen im frühen Kindesalter stärker zu Unterschieden in der Erwachsenenintelligenz beitragen als im späteren Kindes- oder Jugendalter.
Blooms Ergebnisse stehen jedoch auf sehr schwachem Boden, wie u.a. Hopf (1971)feststellte, da er einmal seine Daten

auf eine Längsschnittuntersuchung von N.Bayley(1949) stützt, die er jedoch nur sehr selektiv verwendet hat; zum andern spricht gegen seine Interpretationen das von ihm verwendete Skalenniveau der Intelligenzskala, und außerdem gibt es bisher kein einheitliches Intelligenzkonzept- man weiß gar nicht sicher, was ein Intelligenztest jeweils mißt und was er zu verschiedenen Zeiten des Lebens erfaßt, d.h. z.B. daß die Intelligenz nicht vergleichbar ist in ihrer Eindeutigkeit mit der Körperlänge. Schließlich und endlich spricht gegen seine Interpretationen, daß keines der gebräuchlichen Intelligenzverfahren im strengen Sinne "Entwicklung" erfaßt. Einzig zulässige Interpretation der Bloom'schen Daten ist wohl, daß sich bereits bei Vierjährigen Intelligenzunterschiede zeigen und daß Faktoren, die diese Unterschiede bedingen (ob Anlage oder Umwelt) zu einem gewissen Grade Unterschiede in ähnlicher Richtung zwischen den Erwachsenen bedingen können.(Siehe hierzu auch die Untersuchungen zur "Differenzierungshypothese"- u.a. von Burt, 1954; Garrett, 1946)

2. Sozialisation und Enkulturation

Personen aus dem sozialen Nahraum des Kleinkindes sind es, die ihm als Träger von Sozialisationsprozessen Werte und Verhaltensmuster einer Kultur bzw. Subkultur vermitteln und Partner für die an mitmenschliche Interaktion gebundenen Prozesse der geistigen, emotionalen und sozialen Entfaltung sind.
Wie auch Claessens (1967) zeigt, setzen alle weiterführenden Sozialisationsprozesse voraus, daß das Kind durch Pflege und gefühlsmäßige Zuwendung eine "emotionale Fundierung" (auch Sozialisierung bezeichnet) gewinnen kann, aus der heraus konstante Objektbeziehungen als Grundlage späterer Wahrnehmungs-, Denk- und Lernprozesse gebildet werden können.
Durkheim (1965), der den Begriff der Sozialisation als einer der ersten verwendete, geht von der Annahme aus , daß das

Individuum von Natur aus in einem unstabilen Zustand lebt, in dem es von Trieben bedrängt wird. Durch die sozialen Normen werden seine Wünsche und Triebe in realisierbare Bahnen gelenkt.
Er spricht von einer Umwandlung des Menschen vom biologischen zum kulturellen und sozialen Wesen. Diese Umwandlung erfolgt durch Erlernen eines bestimmten Wertsystems- in diesem Zusammenhang spricht Durkheim auch von einem kollektiven Gewissen, welches das Verhalten des einzelnen in der Gruppe bestimmt.
Wichtigste Agentur bei der Vermittlung und Erlernung von Normen und Werten ist die Familie, innerhalb derer die Grunderziehung des Menschen stattfindet. Dabei ist die Mutter-Kind-Beziehung von elementarer Bedeutung für diese Übernahme der kulturellen Verhaltensweisen und im Hinblick auf die These von der "zweiten soziokulturellen Geburt" (König, 1955) der eigentliche "sekundäre Mutterschoß" (Portmann, 1951). Hier werden im Kleinkind durch Zuwendung und menschliche Wärme Grundhaltungen entwickelt, wie z.B. das von Erikson (1966) beschriebene "Urvertrauen", unter dem er eine Einstellung versteht, die auf Erfahrungen im ersten Lebensjahr basiert und ein Gefühl des Sich-Verlassen-Könnens sowohl in bezug auf die Glaubwürdigkeit anderer als auch auf die Zuverlässigkeit seiner selbst meint. Nach Erikson stellt die Entwicklung des "Urvertrauens" eine der wichtigsten Grundlagen für die Entwicklung von sozialen Beziehungen dar, da ohne Vertrauen die Schaffung sozialer Kontrolle nicht möglich ist.
Das Erlernen der Grundnormen findet in der frühen Kindheit statt, da die frühesten Einflüsse am tiefsten wirken. Im Verlaufe der Sozialisation werden die übermittelten Werte der jeweiligen Kultur durch Konditionierung, Übernahme und Internalisierung gelernt.

Da Werte abstrakt sind, das Individuum aber konkrete Anhaltspunkte für ihre Übernahme benötigt, findet die Transmission in das Individuum in der Weise statt, daß es lernt, Symbole richtig zu deuten, d.h. richtig zu gebrauchen und danach zu handeln- Kohlberg (1968,1969), Mowrer (1961), Bandura (1969), Eysenck (1953) u.a. haben versucht, in diesem Rahmen ein lerntheoretisches Erklärungsmodell zu entwickeln.
Das Gelingen der Sozialisation scheint u.a. davon abzuhängen, in welchem Ausmaß Eltern oder Erzieherpersonen in der Lage sind, Frustrationen der Triebeinschränkung in erträglichen Grenzen zu halten, bzw. sie durch Angebote von Kompensation und Verhaltensalternativen konstruktiv zu verwenden.
Weiter scheint es davon abzuhängen, wieweit die Bezugspersonen in der Lage sind, dem Kind Identifikationsmöglichkeiten zu bieten.
Der Sozialisationsprozeß innerhalb der Familie erfolgt in mehreren Schritten, die jedoch nicht deutlich voneinander abzugrenzen sind, da sie sich teilweise überschneiden.
Claessens (1967) unterteilt den Ablauf der Sozialisation in drei Komplexe, und zwar in den der Sozialisierung, den der Enkulturation und schließlich in den der sozialen Fixierung.
In der Phase derSozialisierung (bzw. Soziabilisierung) entwickelt der Säugling durch den regelmäßigen körperlichen und gefühlsmäßigen Kontakt mit seiner Bezugsperson ein soziales Verhalten, das Claessens den "sozialen Optimismus" nennt, welches durch die Erfahrung des Kleinkindes entsteht, daß auf kurzfristige Trennung von der Mutter (oder Ersatzmutter) immer ein Wiedersehen erfolgt.
Diese Phase kann als die wichtigste angesehen werden, auf die alle anderen Entwicklungsperioden aufbauen. Störungen innerhalb derselben führen zu Schäden, die eine weitere positive Entwicklung auf das schwerste beeinträchtigen,

so daß die Ausbildung eines rudimentären Selbstbewußtseins verhindert werden kann, das ja die Voraussetzung für jede weitere Entwicklung ist.
Soziabilisierung und Enkulturation dürfen- wie schon erwähnt- nicht als Prozesse angesehen werden, die nacheinander erfolgen, sondern als völlig zusammenliegende Entwicklungsverläufe im Leben des Kindes.
Wie schon der Name ausdrückt, besagt Enkulturation die Beeinflussung der Entwicklung durch kulturspezifische Gegebenheiten.
Für Fend (1969) hat sie die allgemeine Bedeutung des Lernens der Kultur, des Lernens von Kulturmustern, des Werte- und Normensystems, der kulturspezifischen Technologien, der Sprache, der Fertigkeiten des kulturspezifischen Denkens und schließlich auch des Lernens der kulturspezifischen Gefühlswelt.
Jede Handlungsweise der Mutter (oder Ersatzmutter) wie Füttern, Reinlichkeitserziehung usw. orientiert sich also -teilweise unbewußt- an kulturspezifischen Verhaltensregeln.
In der Phase der Enkulturation erhält das Kind somit seine "Prägung", es lernt eine "moralische Ordnung" (Durkheim, 1965).
Aufgrund der Tatsache, daß es in dieser Zeit in einer fast totalen Abhängigkeit von seinen Bezugspersonen lebt, erhält das Kind diese "Prägung" vorwiegend in dem kleinen sozialen Raum der Kernfamilie.
Da die Eltern jedoch integrierte Mitglieder einer Gesellschaft sind, übernimmt es über sie die Normen und Werte, die in dieser spezifischen Gesellschaftsordnung als ungeschriebene Gesetze gelten (Parson, 1951). Es lernt jedoch nicht nur eine Rolle auszufüllen, sondern vollzieht gleichzeitig auch einen Individuierungsprozeß (Goffman, 1961), durch den es befähigt wird, sich Rollenerwartungen gegenüber distanziert zu verhalten (Habermas, 1966).

Für Habermas ist die Entwicklung solch einer Rollenambivalenz ein entscheidendes Kriterium innerhalb der Sozialisation und Enkulturation, denn durch sie wird das Individuum befähigt, sich einerseits sozial anzupassen und sich andererseits dabei eine gewisse Ich-Autonomie oder "Rollendistanz" (Goffman, 1961) zu bewahren, da gerade Individuen, die die Normen der Gesellschaft völlig internalisiert haben, besonders gefährdet sind für neurotische Erkrankungen, weil sie die Spannung zwischen dem Über-Ich und dem Ich und dem Es nicht bewältigen können (Freud, 1930).
Daß solche Normen von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich sein können, beschreibt M.Mead (1935) in ihren Beobachtungen an anderen Kulturen, bei denen sie Unterschiede hinsichtlich Kooperation, Aggressionsverhalten und Wettbewerb feststellte.
So berichtet sie u.a. von dem Stamm der Arapesh, der auf Neu-Guinea lebt. Die Mitglieder dieses Stammes- Männer wie Frauen- werden als überaus warmherzig und mütterlich beschrieben, was aus ihren eigenen frühkindlichen Erfahrungen erklärt werden kann. So werden die Kinder der Arapesh in den ersten Lebensmonaten niemals alleingelassen. Geht die Mutter umher, so trägt sie ihr Kind entweder in einem Tragenetz oder unter der Brust in einer Schlinge aus Bast. Weinen des Kindes bedeutet für die Mutter eine Tragödie und wird um jeden Preis verhindert. Noch im Alter von drei Jahren wird es gestillt, wobei während des Stillens viele Zärtlichkeiten ausgetauscht werden, die das Kind am ganzen Körper für diese sensibilisieren. Streitereien unter den Kindern werden von den Eltern nicht geduldet, das Kind darf zwar herumschreien, mit den Füßen treten und um sich schlagen, es darf aber nie ein anderes Kind dabei berühren. Diese "Gewohnheit", die Aggressionen nie an belebten Objekten auszulassen, begleitet die Arapesh durch ihr ganzes Leben. Bedingt durch diese Erziehungsmethoden neigen sie

dazu, Zwistigkeiten symbolhaft auszudrücken und zu bearbeiten. Einen Eigentumsbegriff in unserem Sinne kennen sie nicht, jedoch gilt ein fester Grundsatz, der besagt, daß man mit den eigenen Gegenständen- auch denen der Familie- unternehmen kann, was man will, daß man aber mit denen anderer Menschen sorgsam umzugehen hat (wobei jedoch Gebrauchsgegenstände vor dem Kind versteckt werden und ihm im Laufe der Zeit deren Funktion und damit Erhaltungswürdigkeit vermittelt werden). Eifersüchtige Verteidigung von Eigentum oder Diebstahl kennen die Arapesh aufgrund dieser Erfahrungen nicht. Bei den Manus- einem ebenfalls auf Neu-Guinea lebenden Stamm- findet man hingegen wesentlich strengere und rigidere Erziehungspraktiken (Mead, 1935). Hier wird dem Eigentum ein sehr hoher Wert beigemessen und den kleinen Kindern ist es nicht erlaubt, Gegenstände anzufassen, die ihnen nicht gehören. Bei Verstößen werden sie hart bestraft, selbst wenn es sich um harmlose Dinge handelt.

Daß die Kindheit und Erwachsenenzeit durch diese Erziehungspraktiken einen ganz anderen Verlauf nimmt als bei den Arapesh, ist unschwer zu folgern.

Eine sehr gründliche psychoanalytische Untersuchung über einen Stamm in Westafrika führten Parin/Morgenthaler/Parin-Matthèy (o.J.) durch.

Auch die Dogon (eben die Angehörigen jenes Stammes) werden, wie bei den Arapesh, in den ersten Lebensjahren nie von der Mutter verlassen. Das Kind wird sehr lange von der Mutter auf dem Rücken getragen und die Stillung aller Triebbedürfnisse erfolgt lange über die sogenannte orale Phase hinaus. Dadurch haben die Dogon ein tiefes Vertrauen dahingehend entwickelt, daß alle Wünsche befriedigt werden können. Ihr Selbstgefühl ist jedoch in hohem Maße vom Zusammenhalt der Gruppe abhängig. Eine Trennung von ihr erschüttert es zutiefst. Die aktuelle Beziehung zu den Mitmenschen ist nicht nur für die Bewältigung der äußeren Reize, sondern auch für die innere Anpassung von größter Wichtigkeit. Das Gefühl eigener Identität bedarf der Kommunikation mit der engeren

und weiteren Familie, ja dem ganzen Volk.
Angesichts der Tatsache, daß das Kind in seiner frühen Kindheit fast ausschließlich in der Kernfamilie lebt- so vor allem in unserem Kulturkreis- hat es kaum die Möglichkeit, differenzierte Rollen zu lernen, was gerade bei uns von äußerster Wichtigkeit ist. Seine allgemeine Wertorientierung ist schon weitgehend festgeschrieben und es wird vor die Aufgabe gestellt, diese Wertorientierung mit der sozialen Umwelt in Einklang zu bringen.
Die Zeit der sozialen Fixierung- wie Claessens (1967) sie bezeichnet- ist durch das Zurücktreten der Eltern gekennzeichnet, die nun nicht mehr die einzige Sozialinstanz für das Kind darstellen, da es jetzt beginnt, auch Kontakte zur Aussenwelt zu knüpfen, wodurch es erstmals ein "Feedback" über sein Verhalten erhält und ihm bestimmte Rollen zugewiesen werden. Jetzt zeigt sich auch, wie die Familie ihre Erziehungsaufgabe bewältigt hat.
Sind durch mangelhafte Sozialisationsbedingungen Entwicklungsdefizite entstanden, so treten diese hier im Kontakt mit dem sozialen Umfeld besonders krass hervor und behindern das Kind bei der Übernahme von adäquaten Rollen.
Als Hauptvertreter der Rollentheorie ist Parson zu bezeichnen. In seiner Theorie wird Sozialisation als ein Vorgang der Integration in bestehende Rollensysteme verstanden (Parson,1964). Die handlungsfähigen Individuen werden durch diesen Lernprozeß (Sozialisation) befähigt, die Wertorientierungen der jeweiligen Gesellschaft zu verinnerlichen, was sie wiederum in die Lage versetzt, soziale Rollen zu spielen.
Dahrendorf (1964) definiert in seinem "Homo sociologicus" die sozialen Rollen

> "...als Ansprüche der Gesellschaft an die Träger von Positionen, die von zweierlei Art sein können: einmal Ansprüche an das Verhalten der Träger von Positionen (Rollenverhalten), zum andern Ansprüche an sein Aussehen und seinen Charakter (Rollenattribute)."(Dahrendorf, 1964, S. 123)

Eine weiter gefaßte Definition der Rolle liefert Gerhardt,1972, bei dem auch Persönlichkeitsvariablen und -merkmale auftauchen. Er schreibt:

> "Rollen sind das Ergebnis einer Abstraktion, welche Haltungen, Eigenschaften, Leistungen und Tätigkeiten für gleichrangige und/oder gleichartige Personen zu einem aus Handlungsregeln bestehenden Typisierungsschema zusammenfaßt."(S.226)

Durch Anreicherung mit dynamischen und psychologischen Komponenten ist die Rollentheorie noch abstrakter und umständlicher geworden, so daß sie sehr starker Kritik ausgesetzt ist (vgl. Haug,1972; Dreitzel, 1968).

In der Rollentheorie wird Verhalten weder als Reaktion eines einzelnen Organismus noch als Äußerung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur, sondern vielmehr als ein Vorgang in einem System sozialen Handelns verstanden (Habermas, 1968). Der Einzelne erscheint hier nur als Rollenträger, sein Handeln ist ausschließlich bedingt durch die sozialen Strukturen. Die Kritik an der Rollentheorie (Cumming, 1962; Berger u. Luckmann, 1964) zielt hauptsächlich darauf ab, daß drei Dimensionen völlig unberücksichtigt geblieben sind, und zwar handelt es sich bei diesen

a) um Bedürfnisrepression,
b) Ich-Spontaneität und
c) Selbstreflexion.

Die Rollentheoretiker gehen davon aus, daß in einer eingespielten Interaktion zwischen beiden Partnern eine Kongruenz zwischen Wertorientierungen und Bedürfnisdispositionen vorhanden ist, was vor allem von Goulndner/Levinson und Wang (1961) stark kritisiert worden ist. Sie stellen heraus, daß in allen Gesellschaften ein Mißverhältnis zwischen dem überwiegenden Teil der interpretierten Bedürfnisse und denen, die von der Gesellschaft anerkannt werden, besteht. Ferner werden die spontanen Ich-Leistungen von den Rollentheoretikern nicht stark genug einbezogen (Strauß, 1959; Turner, 1956).

Ebenfalls kritisiert wurde Parson von Goffman (1961), der diesem vorwarf, daß in seiner Theorie die Selbstreflexion keinen angemessenen Platz erhalten hat, da das Rollenverhalten von der Art der Internalisierung bestimmt wird. Zusammenfassend wird also Sozialisation erreicht bzw. unterstützt durch die frühkindliche Bindung an die Mutter bzw. Ersatzmutter und später an die ganze Kernfamilie. Diese Bindung ist nicht auf einzelne Handlungen, sondern auf die Person als Ganzes bezogen. Die Sicherheit der Bindung, d.h. der Beziehung zwischen Mutter-Kind/Familie, ist Voraussetzung dafür, daß sich das Kind zu einem sozialen Wesen entwickeln kann, wobei die Ausprägung der Bindung bzw. die Art der Mutter-Kind/Familie-Beziehung auch wesentlich von äußeren Faktoren, wie vor allem der Schichtzugehörigkeit bestimmt wird.

2.1. Schichtspezifische Faktoren

In den modernen, durch die Existenz von Schichten gekennzeichneten Gesellschaften entstehen neben einem allgemeinen Bewertungssystem auch Wertsysteme, die den einzelnen Schichten zugeordnet sind- die Subkulturen.

Oevermann (1966) definiert Subkultur folgendermaßen:

> "Jede Subkultur zeichnet sich durch spezifische Verhaltensnormen und Lebensgewohnheiten aus, ihren Mitgliedern sind Deutungssysteme und Interpretationsschemata gemeinsam, sie sprechen eine spezifische Sprache, teilen Geschmacksvorstellungen, Vorstellungen von Gut und Böse, Richtig und Falsch." (S.169)

Kriterien, nach denen Schichtzugehörigkeit gemessen wird, sind im wesentlichen Berufsposition, Einkommen, Dauer des Schulbesuchs und Wohnverhältnisse.

In der Literatur finden sich Schichtungsmodelle, die die Bevölkerung in zwei bis fünf Schichten unterteilt. Für unsere Überlegungen genügt es, ein dichotomisches Schichtungsmodell (nach Probst, 1976) - Unterschicht/ Mittelschicht- anzunehmen, wobei wir anmerken möchten, daß der Schichtbegriff u.E. nach für die psychologische Forschung nur eine heuristische Funktion hat und er lediglich einen beschreibenden, d.h. erklärenden Wert haben kann. Hinter dem Schichtbegriff steht

> "...der Hinweis auf den Tatbestand einer Ungleichheit der Menschen, der letztlich auf ein spezifisches System von institutionalisierten Privilegien und Unterscheidungen zurückzuführen ist." Darüber hinaus gilt "...die Annahme, daß die Mitgliedschaft eines Individuums in einem derartigen sozialen Gebilde einen relativen Dauerzustand darstelle." (Thomae, 1972, S.748)

Die Arbeitswelt der Unter-Mittelschicht läßt sich wie folgt beschreiben: Während der Angehörige der Unterschicht so gut wie keinen Dispositionsspielraum bei der Erfüllung der Arbeit hat, ebenso auch geringe Anweisungsbefugnis gegenüber anderen Menschen besitzt und vor allem seine Tätigkeit auch einen hohen Grad der Zugänglichkeit (schematische Tätigkeit) hat, tritt in der Arbeitswelt der Mittelschicht eher eine genau entgegengesetzte Wertigkeit auf (Scheuch, 1961).
Die Wohnverhältnisse der Unterschicht lassen sich grob charakterisieren durch:

a) überfüllte und hygienisch oft unzureichende Wohnungen;
b) mangelhafte Ausstattung der Wohnung mit "stimulierenden" Gegenständen wie Spielzeug, Bücher, Schreib- und Malmaterial, monotone Wohnungseinrichtung;
c) Fehlen einer abgeschlossenen Privatsphäre für jedes Individuum, d.h. besonders das Fehlen räumlicher Trennungsmöglichkeiten von Erwachsenen und Kindern (Goldschmidt, 1969, S.103).

Die Sozialbeziehungen der Unterschicht sind weitgehend auf den familiären Rahmen eingeschränkt, da ein niedriger Bildungsstand und die Situation am Arbeitsplatz (physische und psychische Erschöpfung nach der Arbeit) eine aktive Teilnahme am sozialen Leben verbieten.
Bezüglich der Erziehungsmethoden zeigen sich die Mütter der Unterschicht heute im Gegensatz zu früher (etwa bis Ende des zweiten Weltkriegs) restriktiver (Bronfenbrenner, 1965). So stillen die Mütter der Mittelschicht häufiger, entwöhnen ihre Kinder später von Brust und Flasche, beginnen später mit der Reinlichkeitserziehung, die sie auch weniger streng durchführen als die Mütter der Unterschicht. Auch ist das Anregungsniveau, das ein Kind erhält, von Schicht zu Schicht unterschiedlich.[1]

Mittelschichtmütter verbringen mehr Zeit damit, zu ihren Kindern Kontakte von Angesicht zu Angesicht herzustellen, sie sprechen mehr mit ihnen und bringen sie häufiger mit Objekten der Umgebung zusammen als das Mütter aus der Unterschicht tun (Kagan u. Tulkin, 1971).
Die Mütter aus der Mittelschicht reagieren z.B. viel schneller auf das Schreien des Kindes und führen durch ein rasches Eingreifen, durch Eingehen auf die Ursache, eine Wiederherstellung des normalen Funktionsniveaus herbei (vgl. Casler, 1965 und Rheingold, 1971).
Trotz der größeren Nachgiebigkeit gegenüber den vom Kind geäußerten Bedürfnissen und Wünschen, die sich auf Gebiete wie Sprachverhalten, Reinlichkeitserziehung, Abhängigkeit,

[1] s. zu diesem Thema auch Trudewind, 1971; Heckhausen, 1972; Graumann, 1969

Sexualität, Angriffslust und Bewegungsfreiheit außerhalb des Hauses erstreckt, stellen die Mittelschichteltern viel früher und höhere Anforderungen an ihre Kinder bezüglich der Selbständigkeit, Selbstkontrolle und des Leistungsstrebens sowie der Übernahme von Verantwortung für Aufgaben im Haushalt. Die Erfüllung der Erwartungen wird hauptsächlich symbolisch belohnt.
Eltern der Mittelschicht wenden überwiegend psychologische Erziehungsmethoden an, d.h. sie geben Begründungen für Verbote, isolieren das Kind, appellieren an sein Schuldgefühl, zeigen sich enttäuscht und drohen vor allem mit Liebesentzug, der- bedingt durch die nachsichtige Behandlung in den ersten Lebensjahren und des sich daraus entwickelnden liebevollen Verhältnisses- faktisch einen sehr großen Zwang darstellt.
Zentraler Bezugspunkt der Erziehung in der Mittelschicht ist die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes durch Ausprägung seiner individuellen Charaktereigenschaften und besonderen intellektuellen und sozialen Fähigkeiten (Prothro, 1963).
Außerdem berücksichtigen die Eltern der Mittelschicht beim Strafen die subjektive Absicht des Kindes, wodurch die Verinnerlichung der Selbstkontrolle erreicht wird. Sie machen zudem kaum einen Unterschied in der Behandlung von Jungen und Mädchen.
Psychologische Erziehungsmethoden erweisen sich am geeignetsten, um Kinder zu größerer Unabhängigkeit, Eigenverantwortlichkeit, kooperativem Verhalten, Kreativität und weniger Aggression zu erziehen. Zu viele Restriktionen behindern das Kind bei der Entwicklung intellektueller Fähigkeiten, fördern Abhängigkeit, Ängstlichkeit und Selbstaggression. Zu große Nachgiebigkeit hingegen fördert eher aggressives, unkontrolliertes Verhalten, Unverantwortlichkeit und mangelnde Ausdauer bei Problemlösungen.

Auch bei der Leistungsmotivation und der -erwartung konnten signifikante Unterschiede zwischen Unterschicht und Mittelschicht ermittelt werden (McClelland/Winterbottem, 1958; Rosen, 1959; Rolff, 1967). Dies muß auch mit der ökonomischen Situation im Zusammenhang gesehen werden .
In einer Untersuchung von Hess und Mehler (1973) konnte ein enger Zusammenhang zwischen dem Druck am Arbeitsplatz und autoritärem Verhalten zu Hause nachgewiesen werden. Durch diesen äußeren Druck auf die Familie kann nicht die Atmosphäre geschaffen werden, die eine hohe Leistungsmotivation begünstigt. Der Erziehungsstil der Mittelschicht, der diese Motivation günstig beeinflussen kann, wird wie folgt charakterisiert:

a) Wärme und entspanntes Verhältnis innerhalb der Familie;
b) innerliche Beteiligung der Mütter an den Leistungsbemühungen der Kinder;
c) hohe Leistungsorientierung der Eltern;
d) Fehlen einer starren Rollenfixierung der einzelnen Familienmitglieder;
e) Förderung des Neugierverhaltens der Kinder durch die Eltern;
f) Entpersönlichung von Sachproblemen (Grauer, 1972).

Das Erziehungsverhalten der Unterschicht ist aufgrund der kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten teilweise völlig entgegengesetzt zu dem der Mittelschicht.
Hier richten sich die Erwartungen der Eltern vor allem auf Gehorsam der Kinder gegenüber ihren Anweisungen und Aufrechterhaltung der Ordnung.
Entwicklung von Selbstvertrauen, Selbstkontrolle und Leistungsstreben wird später erwartet und gefördert als in der Mittelschicht.
Unterschichteltern sind weniger nachgiebig, ihre Disziplinierungstechniken zeichnen sich vor allem durch die Anwendung körperlicher Züchtigung, lautes Schreien und Drohen,

Lächerlichmachen des Kindes aus- man charakterisiert diese Techniken auch als "power assertive" (Macht ausspielen). Sie argumentieren weniger mit den Kindern, loben nicht so oft wie die Eltern der Mittelschicht und berücksichtigen die subjektive Absicht des Kindes bei der Bestrafung nicht, sondern nur die unmittelbaren Folgen des Verhaltens.[2]
Zwischen Unterschicht und Mittelschicht besteht insofern noch ein gravierender Unterschied, als in ersterer die Umweltkontakte der einzelnen Familien sehr gering sind. Ihre Außenkontakte unterscheiden sich kaum von den Binnenkontakten in ihrer eigenen Familie (Pfeil u. Ganzert, 1973). Eltern der Unterschicht nehmen auch seltener Kontakt zu Schulen auf, ebensowenig zu Kindergärten, Ehe- und Familienberatungsstellen (Neidhard, 1973).
Das Verhalten von Jungen und Mädchen wird unterschiedlich gewertet. Die Rollendifferenzierung der Eltern ist größer als in der Mittelschicht, d.h. der Vater ist im allgemeinen strenger als die Mutter, wobei jedoch die Tendenz besteht, daß die Väter mehr mit den Söhnen, die Mütter mehr mit den Töchtern interagieren. Außerdem gehen die Eltern mit dem Kind des eigenen Geschlechts härter um, stellen höhere Anforderungen an es und setzen Erwartungen mit Strafe durch.
Einige Untersuchungen weisen auf, daß Unterschichteltern ihren Kindern gegenüber häufiger feindselig und ablehnend eingestellt sind. Ihre bevorzugten Erziehungstechniken sind bei gleichzeitiger ablehnender Haltung eher geeignet, Aggressionen in ihren Kindern hervorzurufen; sie erweisen sich als weniger geeignet zur Verinnerlichung von Werten und Verbotenbzw. Geboten und beeinträchtigen damit die

[2] s. zu diesem Thema u.a. Stapf/Herrmann/Stapf/Stäcker, 1972; Kohn, 1959, 1963

Gewissensbildung und Entwicklung von Schuldgefühlen.[3]
Konsistente Anwendung von physischer Strafe kann zur Eindämmung offenen aggressiven Verhaltens führen und in Selbstaggression oder soziale Aggression umschlagen. Starke Anwendung von physischer Bestrafung statt differenzierter Belohnung kann in den Kindern erhöhte Angstbereitschaft hervorrufen und die Identifizierung mit den Eltern einschränken.
Im einzelnen erscheinen folgende Formen elterlichen Kontrollverhaltens als Determinanten offener Aggressivität ihrer Kinder im außerfamiliären Bereich:

"1. Erwartung unbedingten Gehorsams und Vorliebe für unqualifizierte, d.h. dem Kind nicht erklärte oder nicht legitimierte Befehle...
2. Bevorzugung von eher negativen als positiven Disziplinierungsmaßnahmen, die dem Kind äußerlich sind, insbesondere körperliche Strafen, vor allem bei Manifestation von Aggressivität gegenüber den Eltern, die ihre Autorität in Frage stellen...
3. Inkonsistenz der dem Kind von den Eltern auferlegten Anweisungen und Verbote und Willkür in der Handhabung ihrer Disziplinierungsgewalt..."(Caesar, 1972, S.106f.)

Ein Kind, so meinen Bandura/Walters (1959), das stark frustriert und abgelehnt wird, hat wenig oder nichts zu gewinnen, wenn es Wut und Aggression kontrolliert.
Man kann wohl zusammenfassend sagen, daß eine Beziehung besteht zwischen geringer Liebesabhängigkeit- geringer Identifikation- mangelhafter Entwicklung von Schuldgefühlen und internalisierter Kontrolle und späteren Fehlhaltungen.

[3] s. hierzu u.a. Gottschalch/Neumann-Schönwetter/Soukup,1971 und Bernstein, 1972

2.2. Gestörte Sozialisation- deren Ursachen und Folgen

Während der frühen Kindheit haben also sensorische, affektive und motorische Stimulation für die Entwicklung des Kindes eine grundlegende Bedeutung, wobei für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung und damit für eine größere oder geringere Anfälligkeit für spätere psychische Störungen vor allem die Familie eine zentrale Instanz darstellt. Sie ist als Institution erheblichen Belastungen ausgesetzt, denn gerade in ihrem Bereich ist ein Teil der ehemals verbindlichen Normen in Frage gestellt, so vor allem in Bezug auf Partnerbeziehungen, Sexualität und Ehe, Kindererziehung und Nachbarn. So hat sich die Funktion der Familie kontinuierlich verändert. Für eine ganze Reihe von Aufgaben ist sie nicht mehr zuständig, sondern muß diese mit anderen gesellschaftlichen Einrichtungen teilen, womit sie heute in den Bereichen Erziehung, Tradierung sozialer und kultureller Normen, Religion, Sexualität, Arbeit und soziale Sicherung stärker als früher in die Interessenbereiche anderer gesellschaftlicher Felder einbezogen ist und neue oder erweiterte Aufgaben zugewiesen bekommt.

Neben einer solchen Funktionsveränderung ist die Familie auch der Gefahr ausgesetzt, zum Austragungsort ungelöster außerfamiliärer Konflikte zu werden (s.z.B. Arbeitsplatzsituation), wodurch die Familiendynamik bei weitem überfordert wird und psychosoziale Störungen auftreten können. Vor allem die Psychoanalyse, in den letzten Jahren immer intensiver auch die moderne Familienforschung, hat eine große Zahl von subtilen schädlichen Einflüssen in der Eltern-Kind-Beziehung, in der Erziehung und darüber hinaus im gesamten Kommunikationsverhalten bestimmter Familien aufzeigen können. Dabei handelt es sich z.B. um überstrenge oder übernachsichtige Haltung der Erzieherpersonen, um

"overprotection" oder Vernachlässigung, um Klarheit oder Eindeutigkeit vs. Widersprüchlichkeit und Zweideutigkeit ("double-bind") von Forderungen, Mitteilungen und Anweisungen der Eltern im Kommunikationsgefüge; weiter um die Frage, wie in der Familiengruppe Entscheidungen gefällt oder vermieden, Konflikte angegangen oder vertuscht, Belastungssituationen aktiv bewältigt oder passiv ertragen werden.

Entwicklung und Reifung des Kindes stehen ja in engem Zusammenhang mit seiner psychischen Lage, vor allem mit dem emotionalen Klima und der Geborgenheit, wie sie die Nähe der Mutter bzw. Ersatzmutter gibt, die das erste Objekt des heranwachsenden Menschen ist und deren Funktion sich darin bestimmt, Mittlerin der Umwelt zu sein.

Da also die Erlebnisse des Kindes, seine Wahrnehmungen und Reaktionen anfangs ganz auf den affektiven Bereich eingeschränkt sind, ist für seine Individualitätsbildung die Affektivität der Mutter der wesentliche Faktor.

Das affektive Klima wiederum, in dem das Kind heranwächst, wird hauptsächlich bestimmt durch die Individualität der Mutter; es entfaltet seine prägende Wirkung nach dem Prinzip der Kumulation, d.h. die Kumulativwirkung der gefühlsmäßigen Qualität sich wiederholender Geschehnisse und Erfahrungen gestaltet die sich bildende Individualität des Kindes.

Gestörte Mutter-Kind-Beziehungen lassen sich z.B. am Auftreten von "psychotoxischen Störungen" (Spitz, 1972) des Säuglings ablesen wie Erbrechen, Drei-Monats-Kolik, Hypermotilität etc.

In Untersuchungen von Soto (1937) wurde festgestellt, daß beispielsweise die Drei-Monats-Kolik nur bei Kindern auftrat, die in der Familie aufwuchsen, nicht dagegen bei Heimkindern.

Levine und Bell (1950) stellten bei einer Untersuchung an 28 Säuglingen fest, daß diese Erkrankung wiederum nur bei solchen Kindern auftrat, die von ihren Müttern nach der Methode des Stillens auf Verlangen aufgezogen wurden. Außerdem zeigten die Mütter ein ängstliches und übertrieben besorgtes Verhalten. Sie waren nicht in der Lage, mit den Unlustäußerungen ihrer Kinder umzugehen und versuchten, diese durch Gaben von Essen zu beruhigen; weiter waren sie unfähig, zu ihren Kindern einen starken gefühlsmäßigen Kontakt herzustellen, da sie infolge psychischer Überängstlichkeit und von Schuldgefühlen außerstande waren, die Gefühle ihrer Kinder differenziert wahrzunehmen. Ähnliche Ursachen bedingten Ekzeme, Erbrechen, Koliken usw. Derartige aus den mütterlichen Einstellungen entstehende Störungen, die sich aus der individuellen Lebensgeschichte der Mütter erklären, verschwinden meistens ohne spezielle Behandlung zwischen dem 12. und 15. Lebensmonat des Kindes, was sich vor allem aus der fortschreitenden Reifung des Kindes erklärt, das sich nun durch die Möglichkeit der Fortbewegung aus der passiven Rolle lösen, aktiv werden und sich damit anderen Personen und Dingen zuwenden kann, die ihm ein gewisses Maß an Bedürfnisbefriedigung zuteil werden lassen.

Das Gemeinsame all dieser psychotoxischen Störungen ist die ungenügende oder überreichliche Affektzufuhr.

In jedem Fall ist der Säugling emotional überfordert.

Die Beziehung zwischen Mutter und Kind findet in der frühen Kindheit sowohl verbal als auch nonverbal statt, wobei der nonverbalen Kommunikation, d.h. Mimik, Gestik und affektive Tönung der Stimme, zunächst eine größere Bedeutung zukommt.

Spitz (1976) spricht in diesem Zusammenhang von "Dialog", den er praktisch mit der Objektbeziehung gleichsetzt bzw. meint, daß die Objektbeziehung sich des "Dialoges" zu

ihrer Realisierung bedient. Dieser "Dialog" darf nicht als etwas Ganzes aufgefaßt werden, sondern aus einzelnen Elementen- den Aktionszyklen- bestehend. Jeder Aktionszyklus wiederum setzt sich zusammen aus einem antizipatorischen, einem appetitiven und einem konsumatorischen Teil.
Die Unterbrechung von Aktionszyklen vor der Konsumtion ruft Angst und Frustration hervor. Dauernde Unterbrechung solcher Zyklen bewirkt so einen wachsenden Rückstand der Psyche, der, ist ein kritischer Punkt erreicht, nicht mehr durch einzelne Entladungen kompensiert werden kann. Die Häufung der Unterbrechung muß ebenfalls kompensiert werden und es kommt zu einem Punkt, an dem die Kompensierung der nicht entladenen appetitiven Bereitschaft ohne ernstliche Störungen des Organismus nicht mehr möglich ist. Die unverarbeiteten Aktionszyklen hinterlassen in der Psyche des Kindes Erinnerungsspuren, die ihm immer wieder den Impuls zur Verarbeitung geben.
Das Bedürfnis des Kleinkindes, Konflikte mittels normal vollzogener Funktionen zu kompensieren, schafft immer mehr nicht konsumierbare Aktionszyklen; diese häufen sich mehr und mehr an und führen schließlich zu Desorganisation und zum Zusammenbruch der Kompensationsversuche- den Höhepunkt dieser Vorgänge nennt Spitz "Entgleisung".
Dem Kind wird dadurch, daß begonnene Aktionen, die seinen Bedürfnissen angemessen sind, vor ihrer Erledigung unterbrochen werden, die Realitätsanpassung erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht, da die ständige Unterbrechung von Aktionszyklen zu Schädigungen führt, die die Anpassungsfähigkeit und die Fähigkeit, die Umwelt zu begreifen und zu meistern in erheblichem Maße beeinträchtigt.
Da das Ich des Kindes noch hilflos und es somit auch unfähig ist, die anwachsende Spannung zu ertragen oder gar zu bewältigen, entsteht in ihm eine zunehmend traumatische

Situation und eine Überempfindlichkeit des Ichs gegen Unlust, die eine unmittelbare Ursache für späteres neurotisches Verhalten darstellen kann.
Unmittelbare Folge der "Dialog-Entgleisung" ist eine Hemmung der Ich-Entwicklung, aus der eine frühe emotionale Deprivation des Kindes resultiert, dem es an der Fähigkeit mangelt, dauerhafte Beziehungen von emotionaler Bedeutung einzugehen, die ja die Grundlage bilden für die Identifizierung mit den Eltern und damit für die Übernahme und Internalisierung von Normen und Werten der Gesellschaft.
Aufgrund der "Entgleisung" des "Dialoges" muß späteres dissoziales Verhalten als wahrscheinlich angesehen werden, da sozial angepaßtes Verhalten größtenteils aus der vorwiegend unbewußten Wahrnehmung und Berücksichtigung der Gefühle anderer entsteht.
Gerade bei der frühkindlichen "Dialog-Entgleisung" ist die Gefahr der abweichenden Persönlichkeitsentwicklung sehr groß, da der Organismus des Kindes zu diesem Zeitpunkt noch völlig hilflos den einströmenden Reizen ausgeliefert ist. Das Ich ist nicht mehr fähig, Konflikte zu bewältigen; dem Kind bleiben nur Verhaltensweisen wie Flucht, Vermeidung oder Zerstörung übrig, um die entstandene Angst zu mildern.
Dührssen (1969) beschreibt das Verhalten von Müttern, die ihren Kindern keine adäquate Konsumtion gewährten.
So stellte sie bei Müttern fest, daß diese, sobald ihre Kinder- die sich noch in der Probierphase befanden- sich mit einem Gegenstand beschäftigten, ihn prüften und untersuchten, mit ihren eigenen Impulsen hinzukamen und die Kinder mit Anregungen überschütteten. Sie waren nicht fähig, ihren Kindern genügend Freiraum für die Erforschung ihrer Umgebung, neuer Gegenstände usw. zu bieten.
Kinder, die in einer solchen Atmosphäre der Reizüberflutung aufwachsen, verfügen nur über eine sehr niedrige

Widerstandsschwelle, die in den Untersuchungen von Sh. und E. Glueck (1963) "gruppenpsychologische Intoxikation" genannt wird und eine Art Hingabe an triebhafte Tendenzen bei gleichzeitiger Preisgabe der Ich-Kontrolle meint.
Hohe Bevölkerungsdichte, Überfüllung enger Wohnungen, Unmöglichkeit des Rückzugs in den privaten Raum und daraus folgende erhöhte Reizbarkeit und Aggressionsbereitschaft erwiesen sich in dieser Untersuchung als äußerst kriminogene Faktoren, da in einem solchen Milieu eine konsistente "dialogische" Beziehung kaum möglich ist. Kinder, die in einem solchen Milieu aufwachsen, sind den Leistungs-, Verhaltens- und Motivationserwartungen in der Schule nicht gewachsen. Sie haben von ihren Eltern nicht, wie die Kinder der Mittelschicht, lernen können, direkte Befriedigung ihrer Bedürfnisse zurückzustellen. Der Erziehungsstil der Unterschicht, der als Kontrollmöglichkeit sich eher der körperlichen Züchtigung als liebesorientierter Praktiken bedient, nimmt den Eltern die Kontrolle ihrer Kinder aus der Hand (Sears, 1961; Baumrind, 1966). Für sie sind befriedigende Gefühlsbeziehungen zur eigenen Altersgruppe wichtiger als zu den Eltern. Die Ansprüche der eigenen Altersgruppe sind zwingender und auch ihre Belohnungen für die Kinder und Jugendlichen attraktiver (Cohen, 1961). Durch die Frustration, die der Jugendliche in seiner Umwelt (Schule, Beruf usw.) erlebt, zieht er sich in die Bande zurück, in der er anerkannt wird. Um den Versagungsdruck zu lindern, kommt es zur Heranbildung eines Mechanismus', den Cohen "Reaktionsbildung" nennt. Ihr Kennzeichen ist

> "...eine übertriebene disproportionale, abnorme Intensität der Reaktion, die in keinem angemessenen Verhältnis zu den Ursachen steht."(Cohen, 1961, S.100)

Weitere Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet- u.a. von Yablonski (1962), Bandura/Walters (1959), Nye (1958), McCord (1959), Gold (1963), McKinley (1964), Rubenfeld(1965), Hellmer (1963), Feger (1969) u.a.- zeigen eine hohe Korrelation zwischen delinquentem Verhalten und gestörten Sozialisationsbedingungen. Zusammengefaßt sind die Ergebnisse folgende:

Brutale oder zwischen Härte und Verwöhnung pendelnde Erziehung, Ablehnung und Vernachlässigung, Inkonsistenz in der Einstellung, schwere Beziehungsstörungen, mangelnde Identifikationsmöglichkeiten, hohe Wertinkonsistenz und mangelnde Aufsicht und Zuwendung begünstigen bzw. fördern delinquentes Verhalten in höchstem Maße.

Fehlhaltungen der Mütter bewirken neben solchen kriminogenen Auswirkungen auch tiefgehende Ich-Deformationen, die es dem Kind unmöglich machen, bei einem späteren Austritt aus der Familie angemessen zu"funktionieren".

Besonders "förderlich" wirkt hier das Unvermögen der Mutter, ihr Kind aus der normalen symbiotischen Phase zu entlassen, womit ihm eine eigene Identitätsentwicklung verunmöglicht wird. Das Kind wird für die Mutter zum "wichtigen anderen" (Bowen, 1969) und verhilft ihr zu einem stabileren emotionalen Gleichgewicht auf Kosten seiner eigenen psychischen Entwicklung.

Auch das Versagen des Aufbaus einer symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind hat fatale Folgen.

Zwar gibt es bis heute noch keine genaue empirische Erklärung für das Mißlingen eines solchen Aufbaus, doch haben sich viele Forscher eingehend mit den Folgen beschäftigt- erstmals Kanner (1968) und Asperger (1944).

Auffälligstes Symptom ist die Unfähigkeit der Kinder, die Mutter als Vertreterin der Außenwelt wahrzunehmen.

Mahler (1972) nimmt an, daß hier ein Mangel oder der Verlust der Differenzierungsfähigkeit zwischen lebender und unbelebter Materie vorliege.

Allgemein werden die Kinder als autistisch bezeichnet, da sie sich völlig aus der realen Welt zurückziehen, vorwiegend mutistisch sind und meistens auch jeglichen Kontakt zur belebten Umwelt vermeiden, hingegen zu unbelebten Dingen oft ein intensives Verhältnis haben. Autoerotische Handlungen werden zugunsten autoaggressiver aufgegeben, da letztere den Kindern helfen, sich selbst wahrzunehmen (s.a. Weber, 1970).

Eine besondere Rolle in der Familie spielt die Beziehung zwischen den Eltern, da nur bei gegenseitiger Befriedigung der Grundbedürfnisse, wie Anerkennung, sexuelle Bedürfnisse etc. verhindert wird, daß die Eltern ihre Bedürfnisse an das Kind herantragen, um durch dieses stellvertretend Befriedigung zu erlangen. Dabei ist die Rolle der Mutter innerhalb der Familie von zentraler Bedeutung. Ihre positive Beziehung zum Kind kann viele negative Einstellungshaltungen der anderen Familienmitglieder in ihrer Wirkung abschwächen oder ausgleichen.

Zahlreiche Beobachtungen an Familien "Schizophrener haben gezeigt, daß gerade in diesen gehäuft ein Verhalten gegenseitiger Ablehnung besteht. Statt gegenseitiger Anerkennung und Stützung kommt es zu dauernden Kämpfen, in denen jeder versucht, den anderen an seiner schwächsten Stelle der Persönlichkeit zu treffen (Lidz, 1969), wobei sich diese Kämpfe überwiegend vor den Augen der Kinder abspielen oder- in den seltenen Fällen- durch den Anschein von Pseudo-Harmonie verschleiert werden.

Bowen (1969) beschreibt diesen Zustand als "emotionale Scheidung" der Ehepartner. Die Bedürfnisse der Mutter bleiben in einer solchen Beziehung immer unbefriedigt, wodurch es sich zwangsläufig ergibt, daß sie ihr Kind als Objekt für ihre Bedürfnisbefriedigung auswählt und versucht, es ihren Vorstellungen und Wünschen entsprechend zu formen und an sich zu binden.

Dem Kind kann auch die Schuld an der nichtfunktionierenden Ehe zugeschoben werden- in diesem Fall wird es zum Sündenbock der Familie, auf den alle Aggressionen abgeladen werden, die ursprünglich dem Ehepartner gelten.
Ist die Beziehung der Ehepartner schon so gestört, daß die affektiven Beziehungen zwischen ihnen quasi einen Nullpunkt erreicht haben und das Familienleben nur noch aus Streitereien und Machtkämpfen besteht, so ist dem Kind jede Orientierungs- und Identifizierungsmöglichkeit genommen, da es nur noch als "Spielball" der Eltern fungiert, d.h. von den beiden Elternteilen für ihre jeweiligen Interessen mißbraucht wird und damit in einem dauernden Spannungsfeld lebt.
Oft werden die Kinder auch von den Eltern als Ersatz für einen anderen Partner oder als Substitut für einen Aspekt ihres eigenen Selbst mißbraucht. Auch hier soll das Kind dann die Funktion der Konfliktentlastung für die Eltern übernehmen.
Richter (1970) beschreibt zwei Typen von neurotischen Familiensystemen, d.h. Familien, in denen ein oder mehrere Mitglieder an einer neurotischen Symptomatik leiden (wobei anzumerken ist, daß er seine Beobachtungen an nur sehr wenigen Familien gemacht hat, so daß sein Konzept nicht ohne weiteres verallgemeinert werden kann.), und zwar
1. Familiäre Symptomneurosen
2. Familiäre Charakterneurosen
Charakteristisch für die "familiäre Symptomneurose" ist, daß die gesamte Familie oder ein Teil von ihr ein Mitglied als "Fall" aufbaut und krank macht. Dieses wird dann solange unter Druck gesetzt, bis es dekompensiert und dabei medizinische oder manchmal auch Verwahrlosungssymptome zeigt. Der Rest der Familie wird dadurch entlastet, die Familienatmosphäre, die vorher gespannt war, wird beruhigt. Die Familie entgeht einem Ausbruch der Neurose nur dadurch, daß einem einzelnen- meistens dem Kind- Familienmitglied die ungelösten Schwierigkeiten aufgebürdet werden.

Bricht dieses unter dem ungeheuren Druck der Belastung zusammen, so grenzen sich alle Familienmitglieder von ihm ab, es kommt zu einem Ausstoßungsprozeß.
Die"familiäre Charakterneurose" unterscheidet sich von der "Symptomneurose" insofern, als sie eine Sündenbockrolle nicht kennt.
Die Familie baut sich unter Zuhilfenahme einer Ideologie eine neurotische Welt auf, durch die es ihr gelingt, Konfliktspannungen zu kompensieren. Dabei manipuliert sie die Realität soweit, wie es zum Schutze ihres Gleichgewichts nötig ist, wobei das am stärksten gestörte Mitglied am aktivsten an dieser Manipulierung beteiligt ist.
Die besondere Gefahr innerhalb solcher Familien besteht darin, daß die Familienmitglieder nach und nach die Kontrolle über ihr "Spiel" verlieren können und immer mehr ihre Pseudo-Realität als die einzig richtige ansehen.
Den Kindern, die in einer solchen Gemeinschaft aufwachsen, werden Divergenzen zwischen "Spiel" und Realität aus dem Bewußtsein ferngehalten, auch die differenzierte Wahrnehmung von Ereignissen, die Divergenzen erzeugen könnten, wird völlig zurückgedrängt.
Ein Kind, das in einer Familie aufwächst, die sich eine Traumwelt gemäß ihrer Symptomatologie geschaffen hat, in der Widersprüche zwar vorhanden, aber negiert werden, wird wenn es die Familie verläßt, nicht in der Lage sein, differenzierte Rollen (z.B. im Berufsleben) zu übernehmen.
So wie Widersprüche in der Familienbeziehung zur realen Umwelt durch neurotische Symptomatologien auftreten können, so können auch Widersprüche in der Kommunikation zwischen Eltern und Kind manifest werden, die die Entwicklung einer stabilen Selbstidentität auf das stärkste beeinträchtigen.
Gründe für solche Störungen können u.a. eine Abneigung der Mutter gegenüber dem Kind sein, die versucht, diese Abneigung durch eine gewisse Überbesorgtheit zu kaschieren,

ihrem Kind aber durch ihr wechselvolles und zweideutiges Verhalten ein hohes Maß an Unsicherheit vermittelt.
Bateson (1969) beschreibt in diesem Zusammenhang die Situation des "double-bind" (auf die an spätere Stelle näher eingegangen wird), die durch zwei sich widersprechende Botschaften verbaler und nonverbaler Art gekennzeichnet ist, von der die eine die andere aufhebt und damit das Kind in eine "Beziehungsfalle" geraten läßt, in der es nicht mehr entscheidungsfähig ist, da seine Reaktion auf die Botschaften der Mutter in jedem Falle negativ sanktioniert wird. Ihm wird gleichzeitig untersagt, über die widersprüchliche Situation zu reden, d.h. die metakommunikative Ebene zu benutzen, die Ebene, die u.a. zur Korrigierung der verbalen Kommunikation dient.
Ein Kind, das in einer double-bind-Situation aufwächst, wird daher nie lernen, über Kommunikation zu kommunizieren und somit unfähig sein, Bedeutungen von Äußerungen zu erfassen. Es wird nie genau wissen, welcher Art von Botschaft es sich gegenübersieht und als Schutzreaktion ein Verhalten zeigen, das in unserer Gesellschaft als hebephren, katatan oder paranoid bezeichnet wird.
Selvini Palazzoli u.a. (1977) stellten in ihren Untersuchungen fest, daß vor allem in Hinblick auf Paradoxa die Familien mit schizophrenen Transaktionen ihr eigenes Spiel vermittels eines Gewirrs von Paradoxa, an dem alle Familienmitglieder beteiligt sind, aufrechterhalten.
Festzuhalten bleibt die Wirkung des familialen Umfeldes, wobei dieses neben den dargestellten Störungsmomenten in entscheidendem Maße auch durch die je spezifische Familienkonstellation bestimmt wird, denn letztere konstituiert wiederum bestimmte Erlebnis- und Verhaltensweisen und stellt damit einen maßgeblichen Faktor für die Art der inner- bzw. intrafamiliären Störungen dar.

2.3. Theorie der Familienkonstellation

> "Unter Familienkonstellationen werden die Zusammensetzungen von Personen verstanden, die in einer Familie mehr oder weniger dauerhaft und regelmäßig miteinander leben bzw. gelebt haben. Unter der Vielzahl von Merkmalen und Dimensionen, nach denen Personen beschrieben und voneinander unterschieden werden können..." bieten sich vor allem an: "Zahl und Geschlecht der Personen, die in der Familie zusammenleben; Alter dieser Personen bzw. zumindest Altersrangverhältnisse unter ihnen; Verluste von Personen und Zeiten dieser Verluste." (Toman/Preiser, 1973, S. 1)

Möglichkeiten der Befriedigung und Versagung von Bedürfnissen, die ein Kind in seiner Familie erleben kann, sind u.a. auch abhängig von den äußeren Daten seiner Familienkonstellation, d.h. beispielsweise seiner Geschwisterposition, der Größe der Familie und vor allem der Vollständigkeit bzw. Unvollständigkeit seiner Familie.[1]
So kann z.B. eher in einer größeren Geschwisterreihe Mangel an Kontakt mit den Eltern durch Verwöhnungsansätze durch diese ausgeglichen werden; auch ist es wahrscheinlicher, daß jüngste Geschwister eher ausgeprägte Verwöhnungserlebnisse haben als ältere, da sie als Nachkömmlinge oft verwöhnt werden.
Biermann (1972) beobachtete eine Zunahme regressiver symbiotischer Beziehungen zwischen Mutter und Kind vor allem in der Rolle des einzigen oder des jüngsten Kindes ("Nachzügler").

[1] zum Thema Familienkonstellation s.a. Keller (1964), Gasch (1964), Müller (1965), Toman (1959, 1965, 1973 u. 1974), Langenmayr (1966, 1973), Hau u. Rueppel (1966), Becher (1967)

Die ausgiebige Beachtung der Stellung eines Kindes in seiner Geschwisterreihe geht auf Adler (1930) zurück.
Toman's Familienkonstellationstheorie (1965) unterscheidet sich in zwei wesentlichen Punkten von diesen frühen Versuchen, und zwar zieht sie nicht nur Familiendaten der jeweiligen Personen zur Erklärung deren Verhaltens heran, sondern auch die Daten, die die Eltern, evtl. auch die Großeltern dieser Personen betreffen, da er annimmt, daß die Haltungen, die die Eltern durch ihre Familienkonstellation gelernt haben, an die Kinder weitergegeben werden. Zudem versucht seine Theorie, die Familiendaten verschiedener Personen in Beziehung zueinander zu bringen und nach diesen Daten die "Qualität" dieser Beziehung zu definieren. Das gegenwärtige Verhalten einer Person wird ja dadurch bestimmt, wovon sie gelernt hat, Befriedigung oder Nichtbefriedigung ihrer Bedürfnisse aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen zu erwarten.
Danach sind für Toman die entscheidendsten Lernprozesse, die durch eine Person bzw. durch mehrere geprägt werden, in der Familie durch die Konstellation aller in dieser Familie vorhandenen Personen gegeben.
Die Familienkonstellation der Eltern ist seiner Meinung nach für die Kinder deshalb sehr wichtig, weil es einmal für sie von Bedeutung ist, ob die Eltern gut miteinander harmonieren oder nicht; wobei er annimmt, daß Eltern dann gut miteinander harmonieren, wenn sie für sich die Beziehung wiederholen, die sie aus der frühen Kindheit gewohnt sind, d.h. wenn sich ihre Geschwisterpositionen gegenseitig ergänzen- wenn sie also keinen Rangkonflikt untereinander auszutragen haben, somit beide nicht miteinander um dieselbe Rolle des Älteren oder Jüngeren (Stärkeren oder Schwächeren) rivalisieren müssen.
Zum anderen ist die Familienkonstellation der Eltern deshalb von Bedeutung, weil sich ihre frühe Stellung in der

Geschwisterreihe auf die Beziehung zu ihren Kindern auswirkt, d.h. zwischen Sohn und Vater oder zwischen Mutter und Tochter ist die Beziehung besser, wenn sie einander gut verstehen können, d.h. wenn sie derselben Geschwisterposition angehören. Zwischen Mutter und Sohn und zwischen Vater und Tochter ist die Beziehung umso besser, je mehr sie sich bezüglich der Geschwisterposition ergänzen.
Am entscheidendsten für die Entwicklung neurotischer, psychotischer- überhaupt abweichender- Verhaltensweisen sind aber die Personenverluste, deren Schwere und der Zeitpunkt ihres Eintretens.
Die allgemeine Wirkung von Verlusten besteht vor allem in der Erfahrung, daß Verluste überhaupt möglich sind, daß Beziehungen zu anderen zerbrechen können und daß darauf eine Zeit der Trauer folgt. Daraus ergibt sich oft die Erwartung, daß Verluste wieder eintreten können, so daß man sich unbewußt bei jedem neuen Kontakt drauf einstellt, wieder verlassen zu werden und damit ständig durch entsprechendes Verhalten auf einen neuen Verlust zusteuert.
Eine andere, speziellere Wirkung von Verlusten einer oder mehrere Personen besteht darin, daß bestimmte Motive verdrängt werden und nach ihrer Tabuisierung nur mehr im Symptom gelebt werden können, wobei das Symptom gleichzeitig eine Abwehrhandlung sein kann- Schultz-Hencke (1947) spricht hier vom Symptom als einem "Antriebssprengstück". Welche Symptome das Kind später entwickelt, richtet sich u.a. vor allem nach dem Zeitpunkt, zu dem der Verlust stattfindet, d.h. in welcher Phase es sich- tiefenpsychologisch gesenen- befindet.
Ein Verlust wird umso schwerer sein, je weniger Motivbefriedigung eine Person überhaupt erfahren hat, je weniger sie die Möglichkeit zum Ersatz hat, d.h. je früher sich der Verlust ereignete.

Feger (1969) betont, daß der Verlust beispielsweise eines Elternteils vor allem zur Störung der internen Verfassung und der Gruppenbeziehungen innerhalb der Familie führt; wobei weniger der Verlust an sich problematisch sei als vielmehr die Gefahr, daß dieser Verlust zu Fehleinstellungen dem Kind gegenüber, zu sozialen Benachteiligungen und Dauerfrustrationen führen könnte.
Untersuchungen auf diesem Gebiet registrierten im Zusammenhang mit Personenverlusten bei Kindern im Vorschulalter Störsymptome wie Verhaltensstörungen, Schüchternheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, abnorme Trotzreaktionen, Schlafstörungen, Eßstörungen, Stottern und Verwahrlosung. Im Schulalter traten zu diesen Symptomen noch Schwierigkeiten in der Schule, sozial auffälliges Verhalten, Lügen, Stehlen, Weglaufen von zu Hause usw. hinzu.
Im Nachschulalter fanden sich depressive und trotzige Pubertätsreaktionen, abnorme Charakterentwicklungen, kriminelles Verhalten, früher Alkoholismus, Schwierigkeiten in der Berufswahl usw. (Feger, 1969).
Fest steht, daß die kontinuierliche Sozialisation gefährdet ist, wenn die Erziehung nicht in der Familie und nicht unter der Voraussetzung einer guten Mutter-Kind-Beziehung erfolgt.

2.4. Trennung von der Mutter und ihre Folgen

Zunächst vorwiegend spekulativ, immer mehr aber auch aufgrund von direkten Beobachtungen an Säuglingen und Kleinkindern, haben vor allem Psychoanalytiker und Kinderärzte seit langem entschieden auf die grundlegende Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung für die spätere psychische Gesundheit hingewiesen.

Bei fortdauernder Muttertrennung im frühen Lebensalter muß mit erheblichen und weitreichenden Auswirkungen auf die Charakterentwicklung und das künftige Leben des Kindes gerechnet werden.
Es ist vor allem Yarrow (1961) gewesen, der darauf hinwies, daß das Erlebnis der Muttertrennung für die meisten Kinder mit der Einweisung in ein Heim verbunden sei, wodurch die Analyse der Deprivationsbedingungen praktisch auf die Analyse der Heimsituation hinauslaufe.
Unzureichende Mutter-Kind-Beziehungen oder Trennungen von der Mutter bewirken, daß das Neugeborene aus dem noch nicht Differenzierten sein primäres Objekt aussondert und einen affektiven Austausch mit ihm entfaltet, der die kindliche Entwicklung anregt. Beim Ausbleiben dieser positiven Erlebnisse müssen die Entwicklungs- und Reifeprozesse scheitern- man bezeichnet diese Beeinträchtigung als Hospitalismus.
Dieser Begriff wurde ursprünglich von der Pädiatrie an den psychischen Mangelerscheinungen gewonnen, die bei Kindern infolge langen Hospitalaufenthalts auftraten; seit einigen Jahren wird er nun psychisch gefaßt.
Erstmals haben sich Durfee und Wolf (1934) mit den Auswirkungen der Heimpflege befaßt. Sie untersuchten 118 Heimkinder mit dem Hetzer-Wolf-Kleinkindertest und verglichen die gewonnenen Werte mit den Normwerten, wobei sie vor dem Alter von drei Monaten keine unterschiedlichen Testwerte erhielten, sich aber später solche nachweisen ließen, die bei Kindern, die im ersten Lebensjahr mehr als acht Monate in einem Heim untergebracht waren, ganz erhebliche Ausmaße erreichten.
Die bekannteste, psychoanalytisch orientierte Arbeit stammt von R.Spitz, der zunächst mit Wolf (1946) Untersuchungen an Heimkindern durchführte, die die Unterbrechung der Mutter-Kind-Beziehung zum Gegenstand hatte.

In einer der ersten Untersuchungen verglichen sie zwei Kindergruppen verschiedener sozialer Milieus in Heimen, in denen diese entweder früh von der Mutter getrennt wurden oder aber- trotz sonst nicht eben günstiger Umweltbedingungen- regelmäßigen Kontakt mit der Mutter hatten. Wie erwartet unterschieden sich die Entwicklungsquotienten (EQ) entsprechend der sozialen Herkunft, jedoch entwickelten sich die Kinder der zweiten Gruppe normal. Die Vergleichsgruppe zeigte hingegen, trotz hygienisch einwandfreier Heimbedingungen, aber ohne mütterliche Betreuung, im 4.-12. Lebensmonat ein erhebliches Absinken des EQ .
Um diese Ergebnisse abzusichern, verfolgte Spitz (1972) die durchschnittlichen EQ's von Kindern, die mit ihren Müttern wiedervereinigt wurden und stellte fest, daß der Entwicklungsrückstand sehr schnell aufgeholt wurde, wenn die Trennung nicht länger als drei Monate dauerte. Bei einer Trennungszeit von drei bis fünf Monaten verlangsamte sich die Erholung und dauerte länger als fünf Monate. Diese Untersuchungen werden auch von Goldfarb (1943) bestätigt, der bei einer Untersuchung an 30 Kindern im Alter zwischen 34 und 35 Monaten, von denen ein Teil seit dem 4. Lebensmonat in Pflegestellen und ein anderer Teil in einem Heim lebte, einen Unterschied von 28 IQ-Punkten (Stanford-Binet-Test) zwischen beiden Gruppen feststellte.
Im Verlaufe seiner entwicklungsdiagnostischen Studien beobachtete Spitz ein auffallendes Syndrom bei Heimkindern, aufgrund dessen er zwischen einem partiellen Liebesentzug- auch als anaklitische Depression bezeichnet- und totalem Liebesentzug unterscheidet.
Die anaklitische Depression beschreibt er als eine depressionsähnliche Erkrankung von Kleinkindern, die durch den Verlust affektiver Zuwendung (vor allem in der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres) verursacht wird und sich in

Weinerlichkeit, Wimmern, Gewichtsverlust, Entwicklungsstillstand, Schlafstörungen, Kontaktverweigerung, erhöhter Anfälligkeit für Krankheiten, Verlangsamung der Motorik und zunehmender Apathie äußert.
Sie kann behoben werden, wenn der Trennungszustand eine Frist von drei bis fünf Monaten nicht überschreitet.
Solche frühe Entbehrungszustände schaffen jedoch Fixierungsstellen, auf die bei späteren Entwicklungskrisen Regressionen erfolgen.
A. Freud (1964) verweist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf, daß Fixierungen an Vorstufen der Entwicklung als Folge exzessiver Versagung oder Befriedigung von Triebwünschen in der prägenitalen Phase entstehen, und daß die Regression der Anpassung an die Außenwelt und Abkehr gegen die Innenwelt dient; wird sie aber permanent, statt temporär zu bleiben, so verwandelt sie sich in einen pathogenen Faktor.
Noch bedenklicher sind allerdings die Folgen bei langfristigem totalem Affektentzug- hier handelt es sich um den eigentlichen Hospitalismus. Der psychisch-physische Verfall, wie er in der anaklitischen Depression einsetzt, wird dann zu einem permanenten Vorgang, der sogar zum Tode führen kann (Marasmus).
Spitz interpretiert den Hospitalismus in triebtheoretischen Begriffen und meint, daß durch die fehlende Möglichkeit, eine Objektbeziehung einzugehen, eine Mischung von Libido und Aggression durch Lenkung dieser Triebkomponenten auf ein Objekt nicht stattfinden kann, so daß die Triebe auf die eigene Person zurückgewendet werden, was sich dann in dem fortschreitenden Verfall der Kinder zeigt.
Auf die Trennung von der Mutter bezogen heißt dies:
Da die normale Entwicklung von Objektbeziehungen Voraussetzung für das weitere psychische "Funktionieren" ist,

durch den Abbruch der Mutter-Kind-Beziehung und das nunmehrige Nicht-mehr-Vorhandensein einer Bezugsperson aber ständig kategorische Erwartungen getäuscht werden, muß dies zwangsläufig Aggressionen hervorrufen und Aggressionen, die kein Ziel finden, münden in Depressionen und schließlich in Regressionen.
Spitz und andere Autoren machen vor allem zwei Faktoren für die psychische Schädigung des Kindes verantwortlich, und zwar

1. einen Mangel an Reizen- wobei am schlechtesten die am besten ausgestatteten und hygienisch einwandfreiesten Anstalten abschneiden, denen es zwar gelingt, die Umgebung der Kinder keimfrei zu halten, die aber zugleich die Psyche dieser Kinder einer Sterilität aussetzen;
2. die Anwesenheit oder Abwesenheit der Mutter des Kindes. Die Anregung durch die Mutter- oder eine feste Bezugsperson- ist immer stärker, als die durch noch so gut ausgebildetes Personal, das dem Kind doch nie ständig zur Verfügung stehen kann.

Meierhofer/Keller (1966) beobachteten aufgrund von Untersuchungen an Heimkindern einen Prozeß der "Resignation"- teils als Anpassungserscheinung an den Heimbetrieb, teils als Reaktion auf gewisse Frustrationssituationen- der eine sichtbare Einschränkung des vitalen Geschehens darstellt. Die Kinder scheinen in einen Zustand des psychischen "Spargangs" zu verfallen, d.h. sie werden im Verlaufe des 1. Lebensjahres zu passiven, teilweise ängstlichen Wesen. Ein Mangel an Selbstbehauptung charakterisiert neben anderen Symptomen das durchschnittliche Heimkind. Der "Spargang" hemmt die Entfaltung von Aktivität und Initiative. Es hat sich gezeigt, daß gerade bei den kleinen Säuglingen in den ersten Lebenswochen und -monaten der Kontakt mit der Umwelt weitgehend eingeschränkt ist.

Aus dem Fehlen der Beziehungsmöglichkeiten in Heimen erklären Meierhofer/Keller auch den beobachteten Tiefstand in der sprachlichen Entwicklung. Die Reizarmut, die eine solche Isolierung mit sich bringt, versagt den Kindern die Stimuli, die für die Entwicklung und Rezeptivität erforderlich sind.
Trennungserfahrungen von Kleinkindern können nur dann richtig verstanden werden, wenn man die große Bedeutung realisiert, die die primären Objekte für die Kinder dieses Alters haben.
Freud/Burlingham (1971) beobachteten an Kriegskindern das schockartige Erleben der Trennung von der Familie.
Kinder sind noch nicht fähig, die Situation, in der sie sich befinden- z.B. Grund, Dauer, voraussehbares Ende der Trennung oder andere Zukunftsmöglichkeiten- richtig abzuschätzen; sie haben für die zukünftigen Ereignisse noch nicht die rechte Voraussicht. So können sie sich die Trennung auch nicht anders erklären, als daß sie verlassen worden sind, das bloße Wegbleiben der Mutter bedeutet einen grundsätzlichen Liebesentzug, den sie schuldhaft erleben.
Bowlby und Mitarbeiter (1956) konnten die gesammelten Befunde von Freud/Burlingham nur bestätigen.
Sie stellten heraus, daß Kinder zwischen einem und vier bis fünf Jahren auf die Erfahrung der Trennung mit Schock und Angst reagieren.
Anhand empirischer Untersuchungen in Heimen konnten sie auf folgende Störungen bei den untersuchten Kindern aufmerksam machen:
Unfähigkeit, Beziehungen einzugehen; Mangel an echten Gefühlsregungen; Fehlen der in bestimmten Situationen zu erwartenden Gefühlsreaktionen; Lügen; Stehlen; Konzentrationsmangel in der Schule; Aggressivität.

Wenngleich sich- nach Bakwin (1942)- Veränderungen der normalen Entwicklung durch die Trennung von der Mutter und der Unterbringung in einem Heim in den ersten Lebenswochen (zwei bis vier Wochen) nicht feststellen ließen, so zeigten sich (nach den Untersuchungen von Bowlby und Mitarbeiter) doch spätestens nach acht bis zwölf Wochen massive Störungen, vor allem eine verminderte Reaktionsbereitschaft bei den von ihnen untersuchten Kindern.

Sobald Säuglinge mehr als acht Monate im ersten Lebensjahr in einem Heim waren, zeigten sie solch schwere psychische Störungen, daß die altersmäßige Klassifizierung ihrer Verhaltensweisen anhand standardisierter Skalen nicht mehr möglich war.

Je früher diese Kleinkinder in ein intaktes Zuhause gebracht wurden, desto schneller konnten sie den Entwicklungsstand "normaler" Kinder wieder erreichen.

Die durch die Trennung von der Bezugsperson bedingten Reaktionen beschreiben Bowlby und Mitarbeiter entsprechend der Haltung, die die Kinder der fehlenden Mutter gegenüber einnehmen in drei Phasen:

1. die anfängliche Phase des Protestes, die gekennzeichnet ist durch ein weinerliches und anspruchsuchendes Verhalten;
2. die Phase der Verzweiflung, in deren Verlauf das Kind kaum mehr ansprechbar ist- die Verbindung mit der Mutter ist zwar noch vorhanden, aber es drückt sich wachsende Hoffnungslosigkeit über ihre Wiederkehr im Verhalten des Kindes aus;
3. die Phase der Gleichgültigkeit, die oft mißverstanden wird, weil sie den Eindruck vermittelt, das Kind habe sich erholt, da es nun wieder Interesse an der Umgebung zeigt. Es gerät nun nicht mehr aus der Fassung, wenn die Eltern es besuchen, zeigt aber auch nur mehr wenig Interesse an ihnen; es hat sein Interesse an Beziehungen überhaupt verloren.

In Extremfällen kommt es zur Vermeidung jeglicher menschlicher Kontakte, um so weitere Frustrationen und die intensive Depression zu vermeiden, die durch die wiederholten Trennungen erfahren wurden.

Die "Seperations-Problematik" (d.h. die plötzliche Trennung) ist die Konsequenz der noch unreifen Struktur des infantilen Ichs- das Kind ist weder imstande, die innere Bindung an seine abwesende Bezugsperson , noch den tatsächlichen Objektverlust zu verarbeiten.

Das Kind wird ja bekanntlich im Laufe des 1.Lebensjahres der Individualität seiner Mutter gewahr und erkennt schließlich in ihr das Objekt der Libido.

Durch Identifizierung und Introjektion entwickelt sich so schon früh das Über-Ich, zu dem Zwecke, die Beziehung zum Objekt mittels Hemmung der ihm feindlichen Impulse aufrechtzuerhalten. Dieser Prozeß kann aber eben nur stattfinden, wenn das Kind eine konstante Bezugsperson hat.

Meierhofer/Keller (1966) haben umfassendes Beobachtungsmaterial über Organisation und Ablauf der Pflege in Säuglings- und Kleinkinderheimen erhoben, aus dem die totale Subsummierung des einzelnen Kindes unter die Erfordernisse eines rationellen Ablaufs der Pflege klar hervorgeht.

Diese rationelle Anstaltsbetreuung von Kindern denaturiert völlig das, was man ihre "Pflege" nennt, die ja nicht nur Ernährung und Sauberkeit beinhaltet, sondern in der frühesten Kindheit, aber auch schon lange und erst recht nach dem Erwerb der Sprache und der Lokomotion,die bedeutsame Funktion, die Kommunikation zwischen Mutter und Kind hat, vermitteln soll.

Auch Bettelheim (1973) hebt hervor, daß eine Lebensordnung, die sich vorwiegend aus Routinehandlungen wie z.B. waschen, anziehen, essen usw. zusammensetzt, nur lose in Verbindung gebracht werden kann mit den Erwachsenen, die für sie ver-

antwortlich sind. Häufig kenne das Anstaltskind nicht einmal den Namen der Mitarbeiter, sondern nur deren Funktionen, so daß es dazu neige, sie nicht als Personen voneinander zu unterscheiden, sondern je nach ihren besonderen Aspekten der äußerlichen Routinearbeiten.
Wenn man dies beobachtet habe, so werde einem deutlich, daß jedes Kind die Möglichkeit haben müsse, "...eine kontinuierliche, zentrale Beziehung zu mindestens einem Erwachsenen in der Anstalt zu bilden, damit seine Persönlichkeit sich aus der Erstarrung lösen kann. Das wird nicht nur durch die Gefühlswärme ereicht, die von dem Erwachsenen ausgeht, sondern noch mehr dadurch, daß das Kind in dieser Beziehung eine Flexibilität in seinen emotionellen und intellektuellen Interaktionen erwirbt, die in seinem Leben vorher gefehlt haben." (Bettelheim,1973, S.39)
Seit Anfang der sechziger Jahre vollzog sich hauptsächlich im angelsächsischen Raum eine Wandlung in der Sozialisationsforschung, die damit begann, daß man sich mit den älteren Untersuchungsergebnissen von Spitz und Bowlby kritisch auseinandersetzte. Es kam zu einer Neuorientierung des Forschungsschwerpunktes, wodurch die Überbewertung einzelner Variablen, wie Dauerabwesenheit der Bezugsperson und Heimerziehung zurückgenommen werden mußte (Caldwell, 1973; Schaffer, 1971).
Zentraler Schwerpunkt der Forschung wurde vielmehr die Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind.
Der Prozeß der Sozialisation wird nunmehr verstanden als Interaktion zwischen Kind und Umwelt, wobei dem Kind eine aktive Rolle in der Auseinandersetzung mit den affektiven sozialen und sensorischen Umwelteinflüssen zugeschrieben wird. Ausdrücklich vermieden wird jetzt die Isolation einzelner Variablen ohne Berücksichtigung der intervenierenden Variablen.

Die neuere Sozialisationsforschung geht davon aus, daß die affektive Einstellung der Mutter zum Kind nicht losgelöst von der familiären Konstellation und von sozioökonomischen Einflußfaktoren betrachtet werden kann- wie ja schon oben dargestellt (Bronfenbrenner, 1975; Spitz,1976; Moog/Moog,1973).

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft hängt das Gelingen der Frühsozialisation

> "...von einem persönlich strukturierten reziproken Interaktionsgeflecht ab, in dem die taktilen und visuellen Sozialisationsvorläufer und die sozialen Signalsysteme zwischen Zuneigungsperson und Kind aktiviert werden." (Schmalohr, 1975, S.225)

Mangelhafte frühkindliche Sozialisation kann Grundlage sein für spätere Charakterstörungen im Sinne der Haltlosigkeit, des überwiegens aggressiver und dissozialer Tendenzen, der schizoiden Absonderung und verschiedener anderer Infantilismen.

In einigen neueren Untersuchungen konnte zwar festgestellt werden, daß durch individuelle Kontakte das Gestörtsein von Kindern gemildert werden konnte (Schaffer, 1965; Rheingold, 1961), aber Erinnerungsspuren an diese Erfahrungen bleiben fast immer erhalten.

Der überwiegende Teil dieser Untersuchungen bezieht sich auf die kognitiven Leistungen des Kindes (Skeels, 1966; Bronfenbrenner, 1973) und erzielt selbstverständlich auch durch kompensatorische Programme große Erfolge. Auf die Persönlichkeitsstörungen von Kindern wurde hier jedoch nicht eingegangen.

Besonders stark zeigten sich diese Sozialisationsdefizite bei einer Erhebung in tschechischen Heimen, wobei sich hier eine Klassifikation in vier Gruppen von Kindern ergab (Martejcek und Langmeier, 1970).

1. Kinder, die verhältnismäßig gut angepaßt waren, bei denen jedoch die Gefühlsentwicklung verarmt war. Sie zeigten kaum Interesse für andere Menschen, sondern beschäftigten sich lieber mit unbelebten Dingen.

2. Eine Gruppe von Kindern, die sich völlig zurückzogen und autistisch erschienen und soweit regrediert waren, daß sie für schwachsinnig gehalten wurden.
3. Sozial hyperaktive Kinder, die nur sehr oberflächliche Kontakte aufbauen konnten, wobei sich diese Kontaktanbahnung häufig zu einer regelrechten Kontaktsucht steigerte.
4. Kinder, die sozial provokativ waren und sich durch Aggressivität und Destruktion ohne Angst und Schuldgefühle hervortaten.

Auch Bowlby (1973) zeigt in seinen Untersuchungen, daß ein auf Muttertrennung bzw. Fehlhaltungen beruhender Liebesentzug während der ersten drei oder vier Lebensjahre des Kindes zur Verstärkung eines gemütlosen, psychopathischen Charakters führen und einen Einfluß auf die Jugendkriminalität haben kann.

Ebenso stellte Dührssen (1965) in ihren Untersuchungen an Kindern und Erwachsenen, die durch Hospitalisierung geschädigt waren, starke Persönlichkeitsschäden fest. Die Kinder wirkten kontaktscheu, ihr Verhalten zeigte Lücken der Gefühlsbeweglichkeit und ihre Kontaktnahme machte den Eindruck eines oberflächlichen Scheinkontaktes, was sich besonders beim affektiven zwischenmenschlichen Kontakt bemerkbar machte. Die Erwachsenen zeigten- wie schon in ihrer Kindheit, ein überwiegend uneinfühlbares Verhalten, sie wirkten sprunghaft, verhielten sich abwesend und scheinbar gefühllos, wo zwischenmenschliche Zugewandtheit von ihnen erwartet wurde; beide Gruppen zeigten sogenannte "intentionale Lücken".

Fast alle bisherigen Entwicklungsstudien an Heimkindern haben abnorme Resultate bestätigt. Durch die verbesserte physisch-hygienisch-medizinische Versorgung konnte zwar inzwischen die hohe Sterblichkeit in Heimen reduziert werden, aber noch immer besteht eine überhöhte Krankheitsanfälligkeit besonders in Säuglings-und Kleinkinderheimen, was beweist, daß unter Heimerziehung die Befriedigung der psychischen Bedürfnisse nicht garantiert ist.

Es bedarf detaillierter weiterer Forschung auf dem Gebiet der Mutter-Kind-Trennung, um eingehendere Aufschlüsse über die Auswirkungen derselben zu erhalten, doch besteht aufgrund der bisherigen Deprivationsforschung u.E. nach kein Zweifel an der Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung für die psychische Gesundheit des Kindes.
Diesen Untersuchungen (so u.a. von Spitz, Goldfarb, Bowlby) sind zusammengefaßt folgende bedeutsame Faktoren der gesunden und der durch Deprivation gestörten Entwicklung zu entnehmen:

1. kommt es auf das Alter des Kindes zur Zeit der Trennung an, d.h. also auf den Stand seiner sozialen und gefühlsmäßigen Entwicklung. Hier gibt es unterschiedliche Auffassungen: so meinen Bowlby (1973) und A.Freud (1971), daß nur eine Muttertrennung in der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres schädlich sei, hingegen habe eine Trennung in den ersten sechs Monaten für die Entwicklung der psychischen Gesundheit kaum nennenswerte Folgen.
   Spitz und Wolf (1946) bezweifeln dagegen diese Auffassung und auch Goldfarb (1945) erhielt aus seinen Untersuchungen Ergebnisse, die für eine Verletzbarkeit des Kindes in der ersten Hälfte des 1.Lebensjahres sprechen.(Insgesamt schwanken hier die Meinungen vom 3.,vom 6. und vom 9. Lebensmonat an)
2. spielt es eine Rolle, in welcher Entwicklungsphase sich das Kind zum Zeitpunkt der Trennung befindet und von welcher Dauer letztere ist;
3. kommt es auf die Art der Trennung an, wobei hier unterschieden wird zwischen einer mehr partiellen Isolierung (d.h. Trennung von der Mutter ohne ausreichende Ersatzmutterbeziehung und extremer Reizverarmung des Milieus) und einer eigentlichen Muttertrennung (d.h. Trennung von der Mutter vor dem Aufbau stabiler Gefühlsbeziehungen, entweder völlig ohne Ersatzmutterbeziehung, zeitweisem

mehr oder weniger befriedigendem Kontakt zur Mutter bzw. Ersatzmutter oder sofortiger Aufbau einer Ersatzmutterbeziehung, z.B. im Falle der frühen Adoption;

4. hat die Häufigkeit der Muttertrennungen einen bedeutsamen Einfluß;
5. ist die Art- d.h. die Intensität- der Beziehung zwischen Mutter und Kind vor der Trennung bedeutsam für den Erlebniswert derselben, wobei nicht immer besonders gute vorherige Beziehungen vorteilhaft sind, da durch sie die Trennungsangst des Kindes oftmals erhöht wird;
6. kommt es auf die Erfahrungen an, die das Kind während der Trennungszeit mit der Ersatzperson hatte und ob und wenn ja, in welcher Weise die Wiedervereinigung mit der Mutter stattfindet;
7. muß man mit Langzeitwirkungen unterschiedlichster Art rechnen, die sich später in den Persönlichkeitsbereichen des Kindes zeigen. Nach Bowlby (1973) nimmt die Deprivationsanfälligkeit langsam und vielleicht auch asymtotisch ab, d.h. sie ist in den ersten drei Lebensjahren enorm groß, ist zwischen drei und fünf Jahren noch immer erheblich, wenn auch lange nicht mehr so groß wie zuvor und nimmt nach dem fünften Lebensjahr noch mehr ab.
   Zudem kann davon ausgegangen werden, daß ein Kind umso isolierter und asozialer ist, je früher und vollständiger die Deprivation war, wohingegen es umso ambivalenter und antisozialer wird, je öfter die Deprivation durch zeitweilige Befriedigung unterbrochen wurde.

2.5. Vergleichende Untersuchungen an Tieren

Um die Folgen früher Mutterentbehrung experimentell feststellen zu können, haben wir keine Möglichkeit, Untersuchungen an Kleinkindern vorzunehmen (wie dies z.B. Kaiser Friedrich II. tat, um die Folgen von Isolierung zu studieren- Doren, 1914), da hierbei keine präzisen Bedingungen geschaffen werden können, bzw. sich diese aus ethischen

Gründen verbieten.
Bei Experimenten mit Tierkindern hingegen können viele intervenierende Variablen wie Intelligenz, Alter, Gesundheitszustand genau unter Kontrolle gehalten werden.
Hier sind die Untersuchungen an Primaten besonders interessant, da diese uns in der Säugetierreihe am nächsten stehen und bei denen wiederholt menschenähnliches Sozialverhalten festgestellt wurde (Eibl-Eibesfeld, 1967).
In diesem Zusammenhang sind vor allem die Arbeiten von Harlow bekannt geworden, der durch experimentelle Beobachtungen an Rhesusaffen die schweren Entwicklungsstörungen bei diesen durch Trennung von ihrer Mutter aufzeigen konnte. In einer ersten Versuchsserie (1958) trennte er 60 Rhesusaffen kurz nach der Geburt von ihren Müttern und ließ sie von Tierpflegern aufziehen. Hier zeigte es sich, daß es durchaus möglich war, die Jungen ohne Mutter aufzuziehen. Es stellte sich dabei sogar heraus, daß die Tiere, die von der Mutter getrennt aufwuchsen, eine viel niedrigere Sterblichkeitsrate hatten, als die bei den Müttern aufgewachsenen. Das Team um Harlow stellte bei seinen Beobachtungen fest, daß die Jungen, die von ihren Müttern getrennt wurden, eine große Anhänglichkeit an den Stoffboden des Käfigs zeigten und es kam bei Auswechslung des Bodens zu überaus starken Temperamentsausbrüchen. Dagegen kam es bei einer zweiten Gruppe, die auf blankem Boden aufwuchs, zu gravierenden Entwicklungsverzögerungen, die sich erst abbauten, als auch diese Böden mit Gaze überzogen wurden. Harlow zog aus diesen Untersuchungsergebnissen den Schluß, daß nicht so sehr das Nahrungsbedürfnis, sondern vielmehr das Kontaktbedürfnis den wichtigsten Ausschlag für das Aufwachsen des Jungen abgibt.
Aus diesen Ergebnissen heraus entwickelte er seine Attrappenversuche (Harlow, 1958; Harlow u.Zimmermann, 1959; Harlow, 1962; Rosenblum u.Harlow, 1963) mit unbelebten Ersatzmüttern, die in zwei Versionen gestaltet wurden:

die eine Ersatzmutter bestand aus einem Gestell, das mit Stoff bezogen war und von innen durch eine Lampe erwärmt wurde. Die Milch spendende Brust wurde durch einen Gummisauger ersetzt. Die zweite bestand nur aus einem milchspendenden Drahtgeflecht, das keinerlei Wärme ausstrahlte. Harlow ließ eine Gruppe von Rhesusaffen bei der"Stoffmutter", eine andere bei der "Drahtmutter"aufwachsen.
Solange beide "Mütter" die Nahrungsbedürfnisse befriedigten, bevorzugten die Affenkinder die "Stoffmutter", gab nur die "Drahtmutter" Nahrung, so gingen die Jungen zu ihr, verließen sie aber nach der Stillung ihres Nahrungsbedürfnisses, um sofort zur "Stoffmutter" zu eilen.
In Kontrollversuchen wurden zwei Gruppen gebildet, von denen eine Gruppe bei einer "Stoffmutter", die andere bei einer "Drahtmutter" aufwuchs. Die Unzulänglichkeit der "Drahtmutter" zeigte sich bereits nach kurzer Zeit in psychosomatischen Störungen und großen Entwicklungsrückständen bei den Affenkindern.
In weiteren experimentellen Untersuchungen, in die die an "Draht-" und "Stoffmüttern" aufgezogenen Affenkinder einbezogen wurden, legte Harlow besonderes Gewicht auf die Langzeitwirkungen von Mutter-Kind-Trennungen. Seine These besagte, daß sich bei den Jungen, die bei der "Stoffmutter" aufgewachsen waren, keine Unterschiede in ihrem Sozialverhalten gegenüber wild aufgewachsenen Tieren zeigen würden. Überraschenderweise zeigten jedoch beide Gruppen tiefgehende Kontaktstörungen. So waren sie im Umgang mit anderen Tieren ausgesprochen furchtsam und unfähig, sich gegen Angriffe zu wehren (Harlow u.Harlow, 1962; Cross u.Harlow, 1965). Sie saßen völlig teilnahmslos in ihren Käfigen und schenkten der Umwelt keinerlei Beachtung. Ein anderes abweichendes Verhalten bestand in ruhelosem Hin- und Hergehen im Käfig. Außerdem stellte sich als Langzeitwirkung ein Verhalten ein, das Cross und Harlow (1963) als "katatone

Gewohnheit" bezeichneten. Die Tiere saßen völlig ruhig in einer Ecke und hoben ganz langsam einen Arm oder ein Bein und zwar so, daß der Eindruck entstand,als ob diese Glieder nicht zu ihrem Körper gehörten.
Auffälligkeiten zeigten sich ebenso im Spielverhalten der Affen (Harlow, 1965). Die Äffchen zeigten sich überaus zurückhaltend, wenn es darum ging, neue Gegenstände oder Spiele zu erproben. Sie zeigten sich hierbei so ungeschickt und ängstlich, daß sie nach kurzer Zeit von den anderen Affen verdrängt und gebissen wurden.
Hier seien auch noch Experimente von Spencer, Booth u.Hinde (1966) sowie von Kaufman u. Rosenblum (1967) zu nennen, die im Vergleich zu Harlow ihre Versuchsanordnung anders aufbauten. Die Jungen blieben in ihrer sozialen Gruppe und nur die Mütter wurden aus dem Käfig genommen. Nach der Trennung zeigten die Äffchen ein Verhalten, das mit Bowlby's (1951) Beschreibung vom Trennungsverhalten bei Kleinkindern starke Ähnlichkeit aufwies. Zuerst fielen sie in eine Phase der Agitation, dann in Depression und schließlich in eine Phase der Genesung, wobei sich diese nach Wiedervereinigung mit der Mutter als Gewöhnung an die Trennung herausstellte. Noch Monate nach der Wiedervereinigung waren diese Äffchen um ein Vielfaches anhänglicher, als die Tiere, die keine Trennung erfahren hatten. Auch ihr Neugierverhalten war lange Zeit nach der Trennung noch sehr eingeschränkt, sie waren nicht in der Lage, ihre Mütter freizugeben, um so ihre Umwelt kennenzulernen (vgl. Spencer,Booth u.Hinde,1971 und Preston, Baker, Sey, 1970).
Auch in ihrem Sexualverhalten waren die von ihrer Mutter getrennten Rhesusaffen überaus stark gestört (Harlow u. Harlow, 1966), was sich vor allem darin äußerte, daß sie zu keiner normalen Paarung fähig waren. In ihrem Sexualverhalten unterschieden sich die beiden Gruppen ganz erheblich. Während die an "Drahtmüttern" aufgezogenen Affen sich

so aggressiv verhielten, daß Verletzungen beim Partner auftraten, verhielten sich die an Stoffmüttern aufgewachsenen Tiere derart infantil, daß es zu keinem vollzogenen Geschlechtsverkehr kam. Die Tiere beider Gruppen konnten Annäherungsversuche anderer Tiere nicht richtig deuten und entzogen sich diesen Versuchen, da sie in ihrer Kindheit von Sozialspielen, die bei ihren wildaufgewachsenen Artgenossen an der Tagesordnung sind, völlig ausgeschlossen waren. Nur unter größten Schwierigkeiten gelang es, bei einigen Weibchen eine Paarung zu vollziehen, die eine Schwangerschaft nach sich zog.
Nach der Geburt erwartete man vergeblich den Mutterinstinkt. Durch das Fehlen jeglicher mütterlicher Zuwendung in ihrer frühen Kindheit waren diese Mütter nicht in der Lage, sich ihren Kindern gegenüber adäquat zu verhalten. Sie zogen sich von diesen völlig zurück und erstickten die Saug- und Anklammerungsversuche ihrer Kinder sofort im Keime, so daß diese künstlich ernährt werden mußten. Einige von ihnen wurden von ihren Müttern derart gequält, daß sie nach kurzer Zeit starben. Erst nach der Geburt eines zweiten Kindes verhielten sich die Affenmütter ebenso wie wild aufgewachsenen Artgenossen- Harlow u. Dodsworth (1966) sprechen in diesem Zusammenhang von einer "Nachentwicklung der mütterlichen Gefühle".
Interessant sind auch die Experimente an Ratten von Calhoun (1962), in denen er die Auswirkungen von Überlastungen des Wahrnehmungssystems untersuchte. Er zog sechs Rattenvölker auf, die er in geräumigen Käfigen unterbrachte und sich vermehren ließ, bis sich die Bevölkerungszahl verdoppelt hatte. Diese Überbevölkerung erzeugte eine soziale Streßsituation, die noch durch die Käfiganordnung beeinflußt wurde, da die sozialen Kontakte in den nebeneinanderliegenden Käfigen um ein Vielfaches höher waren als in den beiden weiter auseinanderliegenden.

Die Folgen dieser Überbevölkerung zeigten sich bei den Männchen in drei spezifischen Verhaltensweisen. In der einen Gruppe war ein ausgesprochen autistisches Verhalten zu beobachten, eine zweite Gruppe bildete Rudel und verfolgte die Weibchen, wobei sie sich durch aggressives und sexuell abweichendes Verhalten auszeichnete; die Tiere der dritten Gruppe konnten als weitgehend normal bezeichnet werden, sie bildeten einen Harem.
Auch bei den Weibchen wurden unterschiedliche Verhaltensweisen beobachtet. So zogen die "Haremsweibchen" ihre Jungen fast normal auf, wohingegen die anderen Weibchen unfähig waren, ihre Jungen ausreichend zu versorgen.
In einem weiteren Versuch wurden die sechs gesündesten Männchen und Weibchen herausgesucht und in gesonderten Käfigen untergebracht. Es zeigte sich, daß diese nicht mehr in der Lage waren, ihre Jungen aufzuziehen- keines der Jungen lebte bis zur Geschlechtsreife.
Beim Tier führen solche sozialpathologischen Zustände zum Aussterben der Gruppe, da bei diesen die adaptiven Mechanismen überwiegend aus angeborenem Verhalten bestehen (Eibl-Eibesfeld, 1967).
Obwohl solche Tierbefunde nicht ohne weiteres auf menschliche Verhältnisse übertragen werden kann, stellen sie doch ein weiteres wichtiges Indiz für die fundamentale Bedeutung früher sensorischer, affektiver und sozialer Einflüsse auf die spätere Entwicklung dar, wenn auch bei Vergleichen zwischen Tier und Mensch nicht außer Betracht gelassen werden darf, daß die Entwicklung bei Tieren von viel geringerer Plastizität ist als beim Menschen, da sie relativ starrer und kürzer verläuft (Werner, 1953).
Jedoch gibt es auch Verhaltensbereiche, in denen eine Übereinstimmung der Entwicklung beider Spezies einen Vergleich erlaubt. Lawich und Goodall (1968) zeigten in ihren Untersuchungen an Schimpansen,daß das Bindungsverhalten der Jungtiere sehr starke Parallelen zu dem Verhalten von Klein-

kindern aufwies. Die kleinen Affen klammerten sich, ähnlich wie Kleinkinder, an der Mutter fest und versuchten durch Schreien eine Trennung von ihr zu verhindern.
Hier sei nochmals auf Harlow verwiesen, der in seinen Untersuchungen erstaunliche Parallelen zwischen der Entwicklung bei den Affen- und den Menschenkindern fand, dabei sei vor allem das Seperationssyndrom genannt.
Ein gravierender Unterschied zwischen Mensch und Tier besteht darin, daß bei allen Untersuchungen an Tieren bislang keine den menschlichen vergleichbare abnorme Erlebnisreaktionen beobachtet worden sind. Beim Menschen besteht viel eher die Gefahr, daß sich durch frühkindliche Trennungserlebnisse traumatische Erfahrungen bilden, die in seinem späteren Leben zu schweren Persönlichkeitsstörungen führen können.
Eine dieser Persönlichkeitsstörungen, von der mindestens 1% der Bevölkerung (manche Statistiken weisen bis zu 2,5% aus) zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens betroffen wird, ist die "Schizophrenie" (von uns im folgenden in Anführungszeichen gesetzt, da u.E. nach ein Artefakt der Psychiatrie zur Etikettierung eines "Syndroms", das als solches gar nicht existiert!).

3. Ätiologie der "Schizophrenie"

Obwohl es keine anerkannte Definition der "Schizophrenie" gibt, wird die "schizophrene" Grundstörung allgemein in einer Beeinträchtigung der Interaktionsfähigkeit des Individuums gesehen, die zu einer tiefgreifenden Veränderung seines Selbst- und Weiterlebens führt.
Im "Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten" (1975) wird "Schizophrenie" definiert als eine

> "...Gruppe von Psychosen mit einer tiefgehenden Persönlichkeitsstörung, charakteristischen Denkstörungen, oft einem Gefühl, von fremden Kräften kontrolliert zu werden,

> Wahnideen, die bizarr sein können, gestörter Wahrnehmung, abnormem Affekt, der mit der tatsächlichen Situation nicht übereinstimmt und Autismus. Trotzdem bleiben im allgemeinen klares Bewußtsein und intellektuelle Fähigkeiten erhalten. Die Persönlichkeitsstörung bezieht sich auf die grundlegenden Funktionen, die einer normalen Person das Gefühl von Individualität, Einmaligkeit und Unabhängigkeit geben." (S.33)

Auf dem Hintergrund psychoanalytisch- psychodynamischer Theorien stellt sich uns die "Schizophrenie" bzw. die "schizophrene" Reaktion als die letzte Phase einer einzigartigen Kette von Ereignissen dar, deren primäre Ursache in den schwergestörten zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen dem Kind, d.h. dem späteren "Schizophrenen", und seinen Eltern liegt.
Es handelt sich hier u.E. nach um eine Form von defektem Persönlichkeitswachstum, die zu einem allmählichen Versagen der Fähigkeit führt, in zwischenmenschliche Beziehungen einzutreten, die wenigstens ein Minimum an Sicherheit und Befriedigung von Grundbedürfnissen garantieren würden. Diese Unfähigkeit, Beziehungen einzugehen, führt schließlich zu einem katastrophalen und im wahrsten Sinne des Wortes totalen Zusammenbruch der Kommunikation und zur Ausbildung "irrsinniger" symbolischer Prozesse, in denen Wahrnehmung, Bedeutung und Logik verzerrt werden.
In Anlehnung an Laing (1975b) beziehen wir somit den Begriff 'schizophren' auf ein Individuum oder dessen Erfahrung bzw. Verhalten, sofern dieses oder seine Erfahrung oder sein Verhalten von klinischer Warte aus gesehen das Vorhandensein von "Schizophrenie verrät" - womit ausgesagt sein soll, daß diesem Individuum im Verlaufe seiner Sozialisation Verhaltensweisen zugeschrieben wurden, die nicht einfach menschlich sind, sondern vielmehr das Ergebnis eines geistigen und/oder physischen Prozesses; wobei Wesen und Herkunft unbekannt sind.

Allgemein läßt sich festhalten, daß psychisch bedingte Krankheiten immer auch aus der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Individuums heraus zu verstehen sind.
Die je spezifische Umwelt, die Interaktionen mit den Bezugspersonen der Kindheit, die Erfahrungen in der Familie und das Wechselspiel des Kindes und Jugendlichen mit seiner sich mehr und mehr erweiternden Umwelt prägen sein Verhalten.
Der psychoanalytischen Theorie zufolge erfolgt diese "Prägung" über die Bildung intrapsychischer Strukturen, in welche die Erfahrungen der frühen Interaktionsprozesse eingehen.
So entwickelt sich also unter dem Einfluß der Umwelt und den Wechselwirkungen mit Anlagefaktoren, im Verlaufe des Sozialisationsprozesses die Persönlichkeitsstruktur.
Dabei können unter ungünstigen Bedingungen der frühen Entwicklung unlösbare angstbesetzte Konflikte entstehen, die wegen ihrer Unlösbarkeit verdrängt werden und in deren Auswirkungen es zu Entwicklungsbehinderungen kommen kann, die sich z.B. in Fixierungen an bzw. Regressionen auf frühe Stufen der Triebentwicklung und in Einschränkungen von Ich-Funktionen darstellen und die zu psychischer Erkrankung disponieren.
Werden solche verdrängte Konflikte (der Triebbewältigung und der Regulierung des Selbstwertgefühls) durch Belastungen irgendwelcher Art mobilisiert, so kann es unter Einwirkung der verdrängten Erlebnisinhalte und einer dagegen gerichteten unzureichenden Abwehr zu Krankheitssymptomen kommen, die sich beispielsweise in Form von Psychosen und Neurosen oder auch- unter Mitwirkung spezifischer körperlicher Dispositionen- in Form von psychosomatischen Erkrankungen zeigen.

3.1. Theorien zur Ätiologie der "Schizophrenie"

Die pathogenetische Forschung unserer Zeit ist im Vergleich zu der früheren durch den Versuch gekennzeichnet, über die einfache Annahme von Eltern-Kind-Konflikten einerseits und Gendispositionen andererseits die feinere Struktur der Übermittlung (Transmission of schizophrenia) zu erfassen, wobei hier wiederum verschiedene geistige Richtungen zu beobachten sind. So heben die einen vor allem die genbedingte Integrierung von psychischen Akten hervor, andere versuchen, die psychodynamischen Faktoren der Kindheit zu analysieren.
Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wollten wir alle Publikationen der Schizophrenieforschung der vergangenen Jahre darstellen. Daher beschränken wir uns hier auf einige für unser Schizophrenieverständnis und unsere Untersuchung relevante ätiologische Theorien.[1]

[1] An dieser Stelle seien jedoch Literaturverweise auf unserer Meinung nach wichtige Forschungsberichte zum Thema "Schizophrenie" und Familie gegeben, die sich u.a. mit der Familieninteraktion, mit Vergleichen von "schizophren" und andern psychisch Erkrankten beschäftigen; die die Elternpersönlichkeiten "Schizophrener" und deren Umwelt zum Gegenstand und die sozio-ökonomische Daten aufbereitet haben. U.a. sind hierzu Forschungsberichte veröffentlicht worden von: Baxter,1966; Bespalko,1970; Bojanovsky,1967; Brede,1969; Dunham,1971; Erlenmeyer-Kimling,1969; Ernst,1970;Freilich, 1968; Gerard/Kazubska,1971; Goodman,1968; Green,1970;Gross, 1971; Häfner,1971; Hinshelwood,1970; Jaroszynski/Gerard/Kazubska,1967; Klein,1972; Lilliston,1970; Moschner,1968; Noreik,1967; Nuttall,1970; Rossi,1970; Schooler/Boothe/Goldberg,1971; Sisek,1971; Turner,1968

3.1.1. Theorien aus psychodynamisch-kommunikationstheoretischer Sicht

E.Bleuler (1933) postulierte eine biologische Grundursache der "Schizophrenie" und war der Ansicht, daß man diese aus den direkt aus ihr hervorgehenden primären Symptomen erschließen könne, die da seien: Denkstörungen, Affektspaltung und Depersonalisation.
Ein wichtiger Teil der "schizophrenen" Symptomatologie gehe aber erst aus der psychologischen Reaktion auf den biologischen Krankheitsprozeß hervor; wobei die psychosoziale Gestaltung der Krankheit im wesentlichen eine Folge dieser psychodynamischen Reaktion sei.
Freud (1911) nahm an, daß bestimmte Störungen libidinöser Art der Krankheit zugrundeliegen würden und unterschied dabei drei aufeinanderfolgende Phasen im Kranheitsprozeß, nämlich

a) Rückzug der Libido von der Außenwelt (Entfremdung),
b) Überbesetzung des Ichs (Autismus, Hypochondrie, Grössenwahn) und
c) unvollständiger Restitutionsvorgang durch Libidobesetzung der bloßen Wortvorstellungen der Objekte.

Seine Grundannahme war, daß die unbewußten Objektbesetzungen, die in den Übertragungsneurosen erhalten bleiben, in den "Schizophrenien" aufgelöst würden, d.h. daß in der psychotischen Reaktion die Bindung an die Außenwelt- durch Rückzug der Libido von der Außenwelt und Anheftung derselben an das eigene Ich- völlig zusammenbreche.
Konsequenz war, daß er die "schizophrene" Reaktion einer analytischen Behandlung nicht für zugänglich hielt, weil eine Übertragungsneurose sich nicht entwickeln könne.
M.Balint (1973) hält dem entgegen, daß der "Schizophrene" durchaus imstande sei, selbst im tiefregredierten Zustand auf seine Umwelt zu reagieren und daher auch für eine analytische Therapie erreichbar sei. Jedoch sei der Kontakt schwach und anfällig wegen des intensiven Bedürfnisses

des "Schizophrenen" nach einer harmonischen Beziehung, was darauf schließen ließe, daß sein narzißtischer Rückzug sekundär und eine Folge von Versagung sei.
Federn (1956) faßte die "schizophrene" Reaktion als eine überwältigende Erfahrung von Entfremdungs- und Depersonalisationsgefühlen auf, denen jedoch nicht ein Mangel an objektgerichteter Libido zugrundeliege, wie Freud dies in seiner Narzißmustheorie (1914) angenommen hatte; vielmehr finde darin ein Mangel an Ich-Besetzung seinen Ausdruck. Das Ich der psychotisch reagierenden Person sei nicht überbesetzt, sondern im Gegenteil verarmt; wobei Federn das Ich-Gefühl von den Ich-Funktionen unterscheidet. Danach wird das Ich nicht als eine abstrakte psychische Instanz bzw. die Summe seiner Funktionen begriffen, sondern als ein tatsächliches und andauerndes psychisches Erlebnis, als Ich-Gefühl, das die elementare Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich trifft und dadurch die Ich-Grenzen konstituiert.
Zusammengefaßt läßt sich der Weg, den die psychoanalytische Psychosenforschung seit Freud gemacht hat, folgendermaßen schildern: zu Anfang steht die triebpsychologische Fragestellung im Vordergrund, wobei der mit der Psychose verbundene Realitätsverlust zurückgeführt wird auf den Abzug der Objektlibido von der äußeren Realität und ihre Rückkehr ins Ich- damit ist dann auch die von Freud postulierte Übertragungsunfähigkeit erklärt.
Später rückt dann der Ich-psychologische Aspekt stärker in den Vordergrund. Nunmehr erkennt man, daß der psychotische Realitätsverlust nicht auf einem im Ich konzentrierten Libidoüberschuß beruht, sondern im Gegenteil Folge einer Verarmung des Ichs bezüglich eigener Energie darstellt. Psychotisch Erkrankte entwickeln also gerade eine besonders intensive Übertragungsbeziehung.

Schließlich werden Psychosen aufgrund der Psychoanalytischen Direktbeobachtungen frühkindlicher Entwicklungsschritte und ihrer Störungen als psychodynamisch verstehbare Reaktionsformen auf pathogene und durch Verinnerlichung selbständig gewordene Objektbeziehungen der frühesten Kinheit begriffen.

Oft erkranken in Familien ein oder mehrere Mitglieder trotz schwerer, unbewältigter innerer neurotischer Spannungen nicht selbst an manifesten Symptomen, solange in Auswirkung interpersoneller Konflikverarbeitung andere Mitglieder die Funktion der Konfliktentlastung übernehmen und damit zum Träger klinischer Symptome werden.

Die psychodynamischen Theorien der "Schizophrenie", die sich besonders mit diesen Familienprozessen beschäftigen, lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen, und zwar

1. in solche, die sich in der Hauptsache mit der frühen Mutter-Kind-Beziehung beschäftigen und versuchen, Begriffe wie Selbst-Nicht-Selbst-Grenzen und Individuation vs. Symbiose zu definieren;
2. in solche, die das Beziehungsnetz zwischen der "Schizophrenie" des einzelnen und der Gesellschaftsstruktur hervorheben und die Wirkung der Rollenentwicklung und -zuschreibung innerhalb der Familie untersuchen;
3. in solche, die sich besonders auf die Beziehungen und Bedeutungsebenen verbalen und nonverbalen Verhaltens konzentrieren und die "Schizophrenie" als ein komplexes interpersonales Syndrom beschreiben, das erst in der Berücksichtigung des ganzen Familienfeldes zu erhellen ist. (Punkt 2 und 3 lassen sich jedoch nicht strikt getrennt voneinander beschreiben.)

Zu 1: Eine der wichtigsten ätiologischen Theorien ist hier vor allem das Konzept der pathologischen Mutter-Kind-Symbiose, auf das aber- so meinen wir- wohl grundsätzlich alle Theorien zur Schizophrenieätiologie aufbauen.

Bedeutende Vertreterin dieses Konzeptes ist- neben Bowen, Searles, Klein, Rosenfeld und Benedetti- M.Mahler (1972), nach deren Verständnis das Kleinkind, bedingt durch seinen Mangel an autonomen körperlichen Abwehrfunktionen derart auf die Mutter angewiesen ist, daß die psychische Symbiose mit ihr normalerweise zu einem ersten Fundament der seelischen Entwicklung wird. Das Gefahrenmoment dieser Symbiose zwischen Mutter und Kind sieht sie in dem Verlust des symbiotischen Objekts, der in diesem Stadium dem Verlust eines integralen Bestandteils des Ichs gleichkomme und damit die Drohung der Selbstvernichtung in sich schließe.
Eine Psychose tritt ihrer Meinung nach dann auf, wenn das Kind die symbiotische Phase und die sich daran anschließende Phase der Loslösung und Individuation nicht erfolgreich durchlaufe.
Searles (1969, 1974, 1975) meint, daß der "schizophren" reagierende Mensch in seiner frühen Kindheit als ein Objekt, nicht aber als ein eigenständiges Individuum betrachtet wurde. Jeder Schritt zur eigenen Identität als Individuum sei für den späteren "Schizophrenen" mit der Angst verbunden, die Existenz seiner Mutter oder sogar der ganzen Familie und der Umgebung zu zerstören. Andererseits lebe er selbst unter der ständigen Angst, durch seine Abhängigkeitsbedürfnisse seine Identität zu verlieren. Dieser Konflikt finde seinen Ausdruck in einer pathologischen Symbiose des späteren Patienten mit seiner Mutter oder der ihn umgebenden Gruppe. Je früher dieser Abhängigkeitskonflikt auftrete, desto stärker sei die Angst, die ihn begleite und desto tiefgehender die Ich-Störung, die er bewirke.
U.E. nach wird ein Kind, das die natürliche Symbiose mit der Mutter (oder Ersatzmutter) nie erleben durfte, anders reagieren als eines, dessen Mutter erst etwa im 3.Lebensjahr, wenn das Kind aus dieser Symbiose herauszutreten beginnt, eine feindselige Haltung zeigt.
Während im ersten Fall auch die frühesten Ich-Funktio-

nen nur unvollständig entwickelt werden können, ist im zweiten Fall die Bildung eines besonders feindseligen Über-Ichs die wahrscheinliche Folge (wie ja auch schon Bowlby, 1973,1976) herausstellte).
Eine gestörte Symbiose liegt auch dann vor, wenn über die natürliche Symbiose hinaus der andere Personen und Interessen ausschließende Kontakt des Kindes zur Mutter aufrechterhalten wird, d.h. dem Kind also seine eigene Identität zu entwickeln quasi verboten wird.
In der Pubertät kommt es durch Anforderungen an die sexuelle und existentielle Identität des Individuums zu einer Art Explosion der symbiotischen Situation, die sich in der "schizophrenen" Reaktion manifestiert.
Auch Ammon (1975) versteht die psychotische Reaktion als das Ergebnis einer jeweils spezifischen Interaktion, nämlich einer in derart gestörten, daß das Kind durch sie bei der Entfaltung seiner Ich-Funktionen und der Abgrenzung seiner eigenen Identität in erheblichem Maße gehindert wird. Intensität und Dauer der gestörten Mutter-Kind-Beziehung sind dabei für die graduellen und strukturellen Unterschiede der pathogenen Reaktion verantwortlich, wobei die Realität der ambivalenten Haltung der Mutter gegenüber dem Kind einer der von Ferenczi (1955) so genannten "exogenen Faktoren" ist, deren Untersuchung für das Verständnis der "schizophrenen" Reaktion unentbehrlich ist.
Searles (1974) sieht als wichtigstes Element in der Ätiologie der "Schizophrenie" die Tatsache an, daß das Individuum zum Teil schon deshalb "schizophren" wird, weil es dem Bestreben der wichtigsten Bezugspersonen der Kindheit, es verrückt zu machen, ausgesetzt ist; wobei dieses Bestreben wohl durch den Wunsch motiviert sein dürfte, die drohende Verrücktheit in sich selbst zu externalisieren und sich auf diese Weise von ihr zu befreien.
Soweit dieser Prozeß sich in der Beziehung der Mutter zu

ihrem Kind abspielt, gelingt es dieser auch, ihre eigene Verrücktheit in das Kind zu verlegen. Das Kind liebt seine Mutter in einer solchen Beziehung zu sehr, so daß es seine eigene Identität der Symbiose opfert, die für das Funktionieren der Persönlichkeit der Mutter unumgänglich ist. Häufig basiert das Bestreben- so Searles- den anderen verrückt zu machen, primär auf dem unbewußten Wunsch beider Partner nach den Befriedigungen, die dieser Beziehungsmodus trotz seiner angst- und frustrationserzeugenden Aspekte gewährt.
Das Auftreten der Psychose beim Patienten repräsentiert also nicht nur sein eigenes, bisher verhindertes Streben nach Individuation, sondern gleichermaßen die stellvertretend zum Ausdruck gebrachten Bestrebungen ähnlicher Art bei den Familienmitgliedern.
So kann man also den Ausbruch der Psychose als eine Verlagerung in der Verhaltensweise der gesamten Familie mit ihren unaufgelösten, einander widersprechenden Bedürfnissen nach Symbiose und Individuation begreifen.
Der Theorie M.Klein's (1962) und H.Rosenfeld's (1959) zufolge, hat die in früher Kindheit erfolgte Spaltung des Ichs zur Folge, daß "gute" und "böse" Teile des Selbst vom ursprünglichen Ich abgetrennt und in externe Objekte projiziert werden, mit denen der "Schizophrene" sich dann später identifiziert.
Die Auffassung der Zürcher Schule- der neben M. Bleuler u.a. auch Benedetti angehört- gründet in einer These M.Bleulers (1971), daß die Ursache der "Schizophrenie" aus einem Zusammenspiel vererbter Dispositionen zur Krankheit in Verbindung mit negativen Lebenserfahrungen beruhe. Ohne die Annahme einer vererbten Disposition komme keine psychogenetische Schizophrenietheorie aus, gleichzeitig gebe es aber auch keine Vererbungstheorie der "Schizophrenie", die ohne die Annahme lebensgeschichtlicher Ursachen und Mitursachen auskomme.

Kringlen (1971)- auf den an späterer Stelle noch ausführlicher eingegangen werden soll- meint, daß nur eine unspezifische Disposition zur "Schizophrenie" vererbbar sei. Erst durch das Hinzukommen spezifischer Milieufaktoren, die in der Interaktion des späteren "Schizophrenen" mit seiner näheren Umwelt zu suchen seien, könne es zur Ausbildung einer "Schizophrenie" kommen.
Nach Benedetti (1975) macht die Genetik die Psychodynamik überzeugender. So riefen z. B. hohe Empfindsamkeit, sensitive Liebebedürftigkeit und überdurchschnittliche Reaktivität auf der Grundlage einer Ich-Schwäche mitmenschliche Antworten von überdeutlicher Qualität hervor.
Das "schizophrene" Ich kann seiner Meinung nach nicht Distanz und Stellung zum Wahrgenommenen nehmen, da es die symbiotische Phase nicht erfolgreich durchlaufen hat. Diese Unfreiheit zeige sich beispielsweise in der Halluzination: Der normal Wahrnehmende ist immer aktiv, erlebt den Vorgang der Wahrnehmung auch als Aktivität,die er jederzeit unterbrechen kann. Der Halluzinierende ist dagegen passiv, er wird vom halluzinierten Inhalt überwältigt. Dieselbe Unfreiheit zeigt sich auch als Wahnidee. Durch Sinnestäuschungen, Wahnideen, Depersonalisationsgefühle etc. erlebt der "Schizophrene" eine magische Welt, die im Grunde Spiegelbild seiner Innenwelt ist, aber von ihm nicht als Ich-zugehörig erlebt wird. Selbstwahrnehmung und kritische Selbstbeobachtung sind abgespalten; wobei diese Fragmentierung des Ichs- so Benedetti- soweit gehen kann, daß es zu einem totalen Verlust des Existenzgefühls kommt.
Bowen (1969,1975) stellte ursprünglich die Arbeitshypothese auf, daß die grundlegende Charakterstörung, aus der sich die "Schizophrenie" entwickle, eine ungelöste symbiotische Bindung an die Mutter sei. Zwei Punkte seien für die Symbiose entscheidend:

a) das Kind werde für die Mutter zum "wichtigen anderen"- was sein psychologisches Wachstum in hohem Maße hemme;
b) durch das Kind könne die Mutter ein stabileres emotionales Gleichgewicht erlangen, als es ihr andernfalls möglich wäre.

Vom theoretischen Standpunkt aus stelle die Psychose einen erfolglosen Versuch dar, die schwere pathologische Schädigung mit den Anforderungen des Erwachsenenlebens in Einklang zu bringen. Sie repräsentiere eine Auflösung der symbiotischen Bindung an die Mutter und einen Zusammenbruch der jahrelangen interdependenten Triade Mutter-Vater-Kind. Später revidierte Bowen diese Hypothese und sah nun die "schizophrene" Reaktion des Patienten als ein Symptom einer umfangeichen Pathologie innerhalb der Familie an; wobei er die ursprünglich von Hill (1955) formulierte "Drei-Generationen'Hypothese" in seine Überlegungen einbezog, die beinhaltet, daß Großmütter von "Schizophrenen" dazu neigen, zu Hause das Regiment zu führen, und daß die Mütter wiederum von ihnen die Technik des Dominierens lernten. Die Großeltern waren- so stellte Bowen fest- meist relativ reife Persönlichkeiten, doch wurde all das, was sie an Merkmalen der Unreife besaßen, von demjenigen ihrer Kinder angenommen, das am stärksten mit der Mutter verbunden war. Heiratete eines dieser Kinder, und zwar gerade das eng mit der Mutter verbundene, so wiederholte sich dieser Prozeß in der dritten Generation und unter den Kindern aus dieser Ehe war wiederum eines (und zwar der Patient) mit einem hohen Grad an Unreife, während seine Geschwister sich als reifer erwiesen.

Zu 2: In den meisten Fällen lassen sich psychisch bedingte Krankheitsbilder nicht als Merkmale eines Individuums abgrenzen, sondern sind vielmehr häufig als familiäre Interaktionsstörungen zu begreifen, an denen

mehrere eng aufeinander bezogene Individuen beteiligt sind. Die Psychodynamik der Familie zeigt sich vor allem in bestimmten Rollenfigurationen (Pohlen, 1972), die den Mechanismus dieses familiären Interaktionsprozesses repräsentieren.

Erst durch die Beobachtung pathologischer Familienprozesse ist man zu der Erkenntnis gekommen, daß Krankheit (vornehmlich psychische Krankheit) als Funktion bestimmter familiärer und soziokultureller Regulationsprozesse verstanden werden muß, innerhalb derer ein Mitglied der Familie zum Symptomträger wird, das anderen in der Familienorganisation die Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts zu sichern scheint.

Bei normalen Familien schlagen sich- nach Wynne et al., 1969- die Äußerungen der sich verändernden Bedürnisse der Familienmitglieder in gleichzeitigen Veränderungen der Rollenstruktur nieder, wohingegen bei "kranken" Familien die Rollenvorschriften so starr vorstrukturiert sind- weil die Familienmitglieder statt einer bestimmten Ich-Festigkeit oder Identität nur ein additives Rollensystem haben- daß jede intendierte Rollenveränderung des anderen Familienmitgliedes als eine massive Bedrohung der Identität empfunden wird.

Die Psychose kann hier verstanden werden als mißglückte Auflehnung, als mißglückter Versuch zur Verselbständigung, aus dem ein Rückzug aus der Realität resultiert, weil nicht nur das Rollenstereotyp solch schwer gestörter Familien keine Änderung im Rollenverhalten zuläßt, sondern auch, weil jede Änderung dieses starren Rollenmusters durch die versuchte Verhaltensmodifikation eines einzelnen den psychotischen Zusammenbruch des gesamten Familiensystems zur Folge hätte.

Das Zurückweichen eines Familienmitgliedes vom Selbständigkeitsanspruch stabilisiert nun die stereotype familiäre Organisation durch seine Symptome ebenso wie früher durch unbedingtes Festhalten an starren Rollenvorschriften. Spiegel (1959) stellt besonders heraus, daß die Familie ein System in kleinem Rahmen darstellt, das ununterbrochen sein Gleichgewicht verschiebt.
Rollenergänzungen innerhalb der Familie finden auf höherer Ebene statt, Entscheidungen werden auf niedrigerer Ebene getroffen. Rollenkonflikte bedingen Spannungen. Das Ergebnis eines neuen Gleichgewichts kann z.B. Rollenmodifizierung sein. Der Rollenkonflikt- wodurch auch immer bedingt- kann aber auch von den Familienmitgliedern verinnerlicht werden und interpersonelle Schwierigkeiten sowohl in der Familie als auch außerhalb von ihr hervorrufen.

Zu 3: Die Familienforschung betont bei "Schizophrenen" die sogenannte kommunikative Irrationalität zwischen den Generationen (Wynne et al., 1969a), die in der Widersprüchlichkeit, Inkohärenz, Unvereinbarkeit und damit schließlich in der Unvoraussehbarkeit der elterlichen Reaktionen gegenüber dem Kind bestehen, wodurch bei dem "schizophren" werdenden Kind eine stabile Selbstidentität und kohärente Weltsicht nur fassadenhaft und brüchig entstehen kann.
Besonders spezifisch für "schizophrenogene" Familienbeziehungen sind ätiologische Theorien wie das bereits beschriebene Konzept der pathologischen Mutter-Kind-Beziehung (Hill,1955), die Vorstellung Searles (1974) von der "Schizophrenie" als einem familiären Prozeß des "Verrückt-Machens", die "double-bind-Theorie" (Bateson et al., 1969), die Theorie der "Pseudogemeinschaft" (Wynne, Ryckoff et al., 1969a) oder die Theorie von der Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe (Lidz et al., 1969).

Im Rahmen der double-bind-Konzeption wird die "Schizophrenie" aus der Doppelbindungsstruktur der Familie, die zum Zusammenbruch des metakommunikativen Systems führt, erklärt.

Die Theoretiker des "double-bind" versuchen, die Besonderheiten der "schizophrenen" Kommunikation auf einer "formalen" Basis zu fixieren: der "Schizophrene" sei nicht in der Lage, klar zwischen den verschiedenen Ebenen einer Botschaft zu unterscheiden. Dieser Mangel wird auf die (familiäre) Situation der "Doppelbindung" zurückgeführt:

> "Das Individuum ist in einer Situation gefangen, in der die andere Person zwei Arten von Botschaften ausdrückt, von denen die eine die andere aufhebt." (Bateson et al.,1969, S.19)

Diese Aufhebung wird in der Regel als Widerspruch zwischen einer verbalen und einer metakommunikativen Interpretation der Äußerung gesehen.

> "Angesichts der Unfähigkeit, genau zu beurteilen, was ein anderer wirklich meint, und einer übertriebenen Besorgtheit um das, was wirklich gemeint ist, kann dieser Mensch sich schützen, indem er eine oder auch mehrere aus einer Reihe von Alternativen wählt. Er kann z.B. annehmen, daß hinter jeder Äußerung eine Bedeutung verborgen ist, die ihm zum Schaden gereicht. Er wird dann ein übertriebenes Interesse an verborgenen Bedeutungen zeigen und entschlossen sein zu demonstrieren, daß man ihn nicht täuschen kann- wie man ihn sein ganzes Leben getäuscht hat.
> Greift er zu dieser Alternative, so wird er ständig hinter dem, was die Leute sagen, und hinter zufälligen Vorkommnissen in seiner Umgebung nach Bedeutungen suchen und ausgesprochen mißtrauisch und trotzig sein." (Bateson et al., 1969, S. 22)

Gerät ein Individuum in eine Situation des double-bind, so bricht seine Fähigkeit, zwischen logischen Typen des Interaktionsprozesses zu unterscheiden zusammen. Zudem ist es unfähig, eine metakommunikative Feststellung zu treffen, d.h. sich kritisch mit den vermittelten Botschaften auseinanderzusetzen.

Nach Bateson et al. ist menschliche Kommunikation nach logischen Typen organisiert, d.h. der Modus einer verbalen Aussage wird durch Metakommunikation bestimmt, also durch Aussagen über Aussagen, durch nonverbale Signale, durch den Kontext, in dem eine Mitteilung gemacht wird und ebenso durch die Beziehung zwischen den Kommunizierenden.
Die Unterscheidung zwischen Ebenen der Kommunikation wird nicht gelernt, und aus diesem Lerndefizit resultiert die Unfähigkeit des "Schizophrenen", komplexe Botschaften zu en- bzw. zu dekodieren.
Die Fähigkeit zur Metakommunikation, d.h. zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und dem der anderen, ist (wie ja schon in Kap. 1.2. ausgeführt) wesentlich für soziale Beziehungen. Der spätere "Schizophrene" wächst auf, ohne diese Fähigkeit entwickeln zu können. Er kann nicht bestimmen, was andere wirklich meinen, und er kann nicht ausdrücken, was er selbst wirklich meint - was ja wesentliche Voraussetzung für menschliche Beziehungen überhaupt ist.
Die große Bedeutung dieser Arbeit liegt vor allem darin, daß die Autoren schließlich dazu übergingen, jede Fragestellung und sogar jede nonverbale Nuance der Familieninteraktion mikroskopisch zu analysieren und damit auch gezeigt zu haben, wie der "Schizophrene", indem er diese widersprüchlichen Signalsysteme in sich aufnimmt, innerlich verwirrt wird und diese Verwirrung dann in der Familiengruppe und ihrer sozialen Peripherie, in die die psychiatrische Interviewsituation eingeschlossen ist, nach außen bringt und so als "verwirrter Mensch" bzw. eben hochgradig "Schizophrener" in Erscheinung tritt.
Haley (1969) sieht als deutlichste Manifestation der "Schizophrenie" das Nichtübereinstimmen der Kommunikation eines Individuums mit den Botschaften, mit denen es diese Kommunikation qualifiziert.

Er versteht den Widerspruch zwischen einer verbalen Äußerung und einer metakommunikativen Interpretation der Äußerung als Widerspruch zwischen direkter kommunikativer Botschaft und beziehungsdefinierender metakommunikativer Qualifikation dieser Botschaft. Dieser Widerspruch soll zur Folge haben, daß dem "Schizophrenen" die Beziehungsdefinition (=Übereinkunft darüber, was in der Beziehung angebracht ist) unklar ist, was wiederum eine klare "Kontrolle" der Beziehung unmöglich macht. Der "Schizophrene" wird deshalb versuchen, jede "Kontrolle" zu vermeiden.
Während Bateson et al. und auch Watzlawick et al. (1974) davon ausgehen, daß das Verhalten des "Schizophrenen" aus seiner Unfähigkeit resultiert, zwischen logischen Ebenen der Kommunikation zu unterscheiden- wobei hier angemerkt sei, daß es sich nicht um verschiedene Ebenen (logische Typen) handelt (zwischen verschiedenen Ebenen kann streng genommen nämlich kein Widerspruch bestehen), sondern um die widersprüchliche Interpretation einer Äußerung- impliziert Haley's Theorie, daß der "Schizophrene" spezifische Motivationen entwickelt, die seinen Rückzug aus dem sozialen Engagement bedingen.
Auch Lidz et al. (1969) sehen die "schizophrene" Reaktion als eine extreme Form des Rückzugs aus den sozialen Beziehungen an, da die Familie des potentiell "Schizophrenen" häufig sich widersprechende Identifizierungsmodelle anbiete, die nicht integriert werden könnten.
Sie meinen, daß die Ich-Schwäche des"Schizophrenen" mit der Introjektion der elterlichen Schwäche und der Introjektion der elterlichen Ablehnung des Kindes im Verlaufe der frühen Identitätsbildung mit den Eltern bzw. einem Elternteil in Zusammenhang stehen könnte.
Zwei Typen von Familienstrukturen unterscheiden sie in diesem Zusammenhang, die für die psychotische Entwicklung eines Kindes verantwortlich gemacht werden können, und zwar einmal solche mit Spaltungen und zum andern solche mit Strukturverschiebungen; wobei beide in Beziehung

zum Geschlecht des Kindes gesehen werden müssen. So lassen sich Spaltungen vor allem in Familien mit "schizophrenen" Töchtern beobachten, Strukturverschiebungen vor allem in Familien mit "schizophrenen" Söhnen. Den Zusammenhang dieser Beziehung von Familienstruktur und Geschlecht des Kindes sieht Lidz (1971a) gegeben durch die ödipale Konstellation und die damit verbundenen Identifikations- und Identitätsprobleme.

Strukturverschiebungen sind vor allem durch drei Momente charakterisiert:

a) durch eine symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind,
b) durch den vornehmlich passiven Vater, der unfähig ist, seine männlich-instrumentelle Rolle auszufüllen und so dem Sohn nur ein schlechtes Identifikationsmodell bietet,
c) durch die pathologischen intrafamiliären Kommunikationsarten.

Spaltungen beschreiben Familienformen, in denen

a) ständige Konflikte zwischen den Eltern,
b) Überprotektivität der Mutter gegenüber der Tochter,
c) narzißtische Bedürnisse des Vaters gegenüber der Mutter und
d) auch hier pathologische intrafamiliäre Kommunikationsarten die bedeutendsten pathogenen Momente sind (Lidz, 1971b, S, 198).

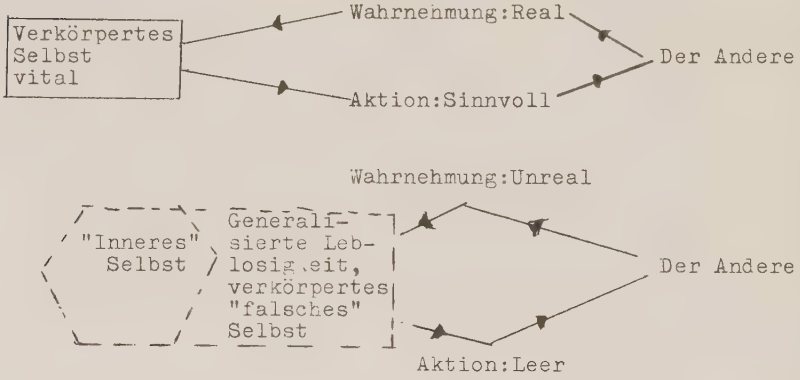
Lidz (1972) äußert die Annahme, daß ein gestörtes Familienmilieu mit der "schizophrenen" Denkstörung in engem Zusammenhang stehe, da Denken und Sprache in der Familie erworben würden.

Mangelnde Abgrenzung zwischen den Eltern und den Kindern (d.h. Verwischung der Generationsschranke bzw. der Geschlechtsrollen-Differenz),zwischen Selbst und Nicht-Selbst, sowie intrafamiliäre Interaktionsmuster von der Art des double-bind führten zu Störungen der Kategorisierung und Begriffsbildung.

Dem Kind- so Lidz weiter- das von egozentrischen Eltern zur Aufrechterhaltung ihres eigenen prekären Gleichgewichts mißbraucht wird, ist der Weg zur Autonomie, zum Aufbau einer stabilen Selbstidentität verlegt.
Der elternzentrierte Patient pflegt seine Wahrnehmungen eher unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisse der Eltern oder eines Elternteils zu machen und nicht unter dem Gesichtspunkt, wie er durch Wahrnehmung und Kommunikation mit seiner Umwelt fertig werden könnte und wie andere in in seiner Umgebung wahrnehmen und verstehen könnten.
"Schizophrene" Patienten hätten gelernt, ihre Interaktionen mit den Eltern nach Signalen auszurichten und mehr oder weniger geschickt auf Gefühle zu reagieren.
Die Denkstörung der "Schizophrenen", so meint Lidz, sei eben nicht einfach eine Regression oder ein Einfließen autistischen primärprozeßhaften Materials, sondern das komplexe Ergebnis amorpher und fragmentierter Kommunikationsweisen innerhalb der Familie, geringer Übung im Kategorisieren, paranoiden Mißtrauens, paralogischen Denkens- das sich aus dem Versuch ergebe, dem double-bind zu entfliehen- oder irrationalen Denkens, um den egozentrischen Bedürfnissen der Eltern zu entsprechen.
(Anzumerken sei, daß Lidz sich bei seinen Untersuchungen auf eine so kleine Zahl von Probandenfamilien beschränken mußte, daß eine statistische Auswertung auch heute noch unmöglich ist.)
Schatzmann (1974) bemerkt, daß die Wissenschaft einen Menschen, der als "schizophren" gilt, meistens für das Opfer von Ereignissen hält, deren Ursachen in ihm selbst liegen. Sie erkennt nicht seinen Zustand als Reaktion auf das Verhalten seiner Mitmenschen ihm gegenüber.
Oft nimmt sie sogar an, daß er "kontaktlos" war im Hinblick auf andere- womöglich von Geburt an.

Inzwischen, so meint er weiter, gelangt man aber doch mehr und mehr zu der Erkenntnis, daß niemand unabhängig von seiner sozialen Situation ausreichend verstanden werden kann, da ja Erleben und Verhalten eines jeden Menschen als Reaktion auf früheres oder gegenwärtiges Verhalten anderer ihm gegenüber oder untereinander zu verstehen ist. Die Irrationalität des "Schizophrenen" findet somit ihre Rationalität im Kontext seiner Herkunftsfamilie.
Es scheint wahrscheinlich, so meint auch Laing (1975b), daß die Entpersönlichung, die katatonen und paranoiden Symptome, Verarmung der Gefühle, autistisches Sichzurückziehen, akustische Halluzinationen und Verwirrung der "Ich-Grenzen" als eine Folge von Intererfahrung und Interaktion des "Schizophrenen" mit seinen Eltern betrachtet werden kann. Sie scheinen mit der sozialen Wirklichkeit, in der er lebt, durchaus in Einklang zu stehen.
Den Begriff 'schizoid' bezieht Laing (1972,1973) auf ein Individuum, dessen Totalität der Erfahrung einmal im Hinblick auf seine Beziehung zur Welt und zum andern im Hinblick auf seine Beziehung zu sich selbst gespalten ist. Ein starkes Gefühl eigener autonomer Identität ist nötig, damit man als Selbst zu einem anderen eine Beziehung unterhalten kann. Ist dieses Gefühl nicht vorhanden, so bedroht jede Beziehung das Individuum mit dem Verlust seiner Identität.
Der schizoide Zustand- so Laing weiter- kann als Versuch gesehen werden, ein Sein zu erhalten, das unsicher strukturiert ist.
An die Stelle der auf individueller Autonomie beruhenden Polaritäten des Getrenntseins und des Bezogenseins tritt in diesem Zustand die Antithese zwischen vollständigem Verlust des Seins durch Absorption in der anderen Person und vollständiger Isolation.

Die Möglichkeit einer dialektischen Beziehung zwischen zwei Personen, die ihrer selbst sicher sind und auf dieser Basis sich im andern verlieren können, gibt es hier nicht.
Das, was das Individuum in diesem Zustand als sein wahres Selbst ansieht, wird mehr oder weniger unverkörpert erfahren; und körperliche Erfahrungen und Aktionen wiederum werden als Teile eines "Falschen-Selbst-Systems" empfunden. Es wird so immer weniger ein "Realitäts-Selbst", und zwar in dem Maße, in dem es sich mehr und mehr zu Phantomen seiner eigenen Phantasie (Imagos) in Beziehung setzt. Laing veranschaulicht diesen Zustand graphisch folgendermaßen (1972, S.99):



Anstatt, daß das Individuum der Welt in integraler Selbstheit begegnet, verleugnet es Teile seines eigenen Seins zusammen mit einer Verleugnung unmittelbarer Bindung an Dinge und Personen in der Welt. Das heißt:

Anstatt (Selbst/Körper)⇋Anderer
ist die Situation
Selbst⇋(Körper/Anderer

Das Selbst ist also von jeder direkten Beziehung zu realen Dingen und Menschen ausgeschlossen. Es scheint im chronisch schizoiden Zustand in verschiedene Foki zu zerfallen, von denen jeder mit einem gewissen Ich-Gefühl verbunden ist, und von denen jeder die anderen als zum Teil Nicht-Ich erfährt.
Indem ein Gedanke, der dem anderen Teil angehört, dazu tendiert, etwas von der Qualität einer Perzeption zu haben, da er vom erfahrenden Selbst weder als Produkt seiner Imagination noch als etwas zu ihm Gehöriges erfahren wird, wird das Selbst zur Grundlage einer Halluzination, wird es also zu einer "Als-ob-Perzeption" eines Fragmentes des anderen Selbst.
Durch die spezifische Familienstruktur ("Pseudogemeinschaft"), wie sie Wynne, Ryckoff et al. (1969a) beschreiben, lernt der potentiell "Schizophrene" nicht, wer er ist und wo er ist.
Die Fragmentierung seiner Erfahrung, die Identitätsdiffusion, die gestörten Wahrnehmungs- und Kommunikationsmöglichkeiten und bestimmte andere Merkmale seiner Charakterstruktur entstammen in bedeutendem Maße- aufgrund der Internalisierung der elterlichen Gebote und Verbote- den Wesenseigenschaften der familialen Sozialorganisation.
Nach Wynne et al. (1969b) erlaubt die Organisation der Familie eine adäquate Identitätsentwicklung nicht und führt damit einen psychotischen Zusammenbruch herbei- meist in der Adoleszenz, da pseudomutuelle Beziehungsmuster dem Individuum bis dahin erlaubten, in der Familie adäquat zu funktionieren.
Um zwei Konzepte herum gruppiert sich die Charakterisierung der Gesamtstruktur der Familien "Schizophrener", und zwar einmal um das Konzept der Pseudomutualität und zum andern um das der Pseudohostilität.

Pseudomutuelle Beziehungen sind durch das Fehlen echter Komplementarität gekennzeichnet, wobei das Gefühl einer solchen unbedingt aufrechterhalten wird (Wynne et al., 1969a); d.h. die Familienmitglieder sind hier intensiv darauf bedacht, sich auf Kosten der eigenen Identität in konventionelle Rollen hineinzufinden. Während bei echter Komplementarität die Familienmitglieder ein Gefühl für persönliche Identität erfahren können, sind bei der Pseudomutualität Abweichungen verboten, da man befürchtet, daß solche Abweichungen das Abreißen der Beziehungen zur Folge haben- wobei eben durch die Vermeidung von Abweichungen eine Weiterentwicklung der Beziehungen unmöglich ist.

In Familien, die einen hohen Grad von Pseudomutualität praktizieren, handeln die Mitglieder so, als seien sie eine völlig eigenständige Einheit. Durch eine Vielzahl von Mitteln, wie z.B. Mythen und Ideologien über die Familie, wird diese pseudomutuelle Struktur gestützt. Die Kinder werden belohnt, wenn sie sich der Familie gegenüber in Einklang und als von ihr abhängig erweisen, sie werden bestraft, wenn sie sich unabhängig verhalten.

Wynne (1975) beschreibt im Zusammenhang mit dieser pseudomutuellen Beziehungsstruktur die Begriffe "Ausrichtung" und "Spaltung". Dabei wird ersteres definiert als die Vorstellung, daß zwei oder mehrere Familienmitglieder durch bestimmte Gemeinsamkeiten miteinander verbunden sind und daß sie bei der Verwirklichung des Zwecks dieser Bindung positive Gefühle füreinander empfinden.

"Spaltung" wird definiert als ein Oppositionserlebnis zwischen Familienmitgliedern, das eine negative Komponente miteinschließt.

"Ausrichtung" und "Spaltung" bestimmen in hohem Maße das emotionale Gleichgewicht der Familie.

Pseudohostilität dient ebenfalls der Abwehr und Verdekkung untolerierbarer Wünsche und Impulse, ihre Erscheinungsform ist jedoch durch den ständigen Ausdruck von negativen Gefühlen wie Hass und Streit gekennzeichnet. Sie dient dazu, die Wirkung von Angst hervorrufender Intimität und Zuneigung einerseits und sich vertiefender Feindseligkeit andererseits, die sich in Demoralisierung, eingestandener Hilflosigkeit und dauernder Trennung auswirkt, zu verwischen und zu verringern. Kindern bzw. Jugendlichen ist es in einem solchen Milieu nicht möglich, die eigene Familie zum Erproben unterschiedlicher Rollen und Verhaltensweisen zu benutzen, da ihr Verhalten ausgesprochen rigide festgelegt ist; wodurch es ihnen auch unmöglich ist, sich von der Rollenstruktur in der Familie abzugrenzen.

Allen angeführten Theorien sind wohl folgende konvergente Elemente gemeinsam:

1. Fast alle beziehen sich auf die Irrationalität und Widersprüchlichkeit des intrafamiliären Kommunikationsablaufs;
2. fast alle schreiben der Beziehungsregulation in der Familie eine Abwehrfunktion zu und
3. fast alle Theorien beschreiben ungewöhnliche Beziehungsregulationen und Formen des emotionalen Ausdrucks bzw. beziehen sich darauf.

Eine weitergehende Klärung der "schizophrenen" Erfahrung der Realität scheint zu erfordern:

a) daß man die "schizophrene" kommunikative Handlung nicht nur in Gestalt isolierter Beispiele sieht, sondern übergreifende Kriterien erarbeitet;
b) daß man den "Sinn" des "schizophrenen" Verhaltens konkret aus der Lebensgeschichte des Individuums heraus zu verstehen versuchen muß, weil die bloße Beobachtung eines solchen Verhaltens ein Verständnis für dieses

nicht ermöglicht und nur zu allgemeinen Klassifizierungen (Paranoia: ja oder nein?) führt;

c)daß die Besonderheit "schizophrener" Wirklichkeitsinterpretation (und ihrer sprachlichen Artikulation) zu ihrer Erklärung den Bezug auf psychodynamische Mechanismen (wie Verdrängung, Verschiebung, Verleugnung, Verwerfung etc.) erfordert, die sich wesentlich an sprachlichem Material vollziehen, und daß schließlich

d)die Notwendigkeit und Wirksamkeit dieser Mechanismen auf die Bedingungen der Sozialisation unter bestimmten gesellschaftlichen Verhältnissen zurückgeführt-und folglich der einzelne Fall als Moment einer umfassenden Realität begriffen werden muß.

Doch auch die Darstellung genetischer Hypothesen muß in die Betrachtung der Schizophrenieätiologie einbezogen werden, da man sowohl genetische als auch familiäre Einflüsse bei der Entstehung der "Schizophrenie" annehmen muß; wobei jedoch keine Entscheidung zwischen den Alternativen der Familienforschung, der der Schlüssel zum Verstehen "schizophrener" Störungen zugesprochen wird und dem Zweig der Schizophrenieforschung, der die "Schizophrenie" als bloße Begleiterscheinung eines genetischen oder biochemischen Prozesses betrachtet, getroffen werden kann.

Stierlin (1975) schreibt in diesem Zusammenhang:

> "... daß wir heute gute Gründe haben, die schizophrenen Störungen als Ausdruck und Resultat eines Lebensprozesses anzusehen, der sich- im Gegensatz zu den Ansichten von Jaspers und vielen anderen europäischen Psychiatern- v e r s t e h e n läßt. Es kennzeichnet diesen Prozeß, daß in ihm vom Augenblick der Geburt an, und sogar schon vorher, eine individuelle Disposition und eine menschliche Umgebung ständig aufeinander einwirken. Dieser Lebensprozeß ist zirkulär und expansiv in dem Sinne, als sich darin Disposition und Umwelt auf immer neuen Ebenen gegenseitig beeinflussen und modifizieren und dadurch ständig neue transaktionelle Konstellationen schaffen." (S.67)

3.1.2. Theorien aus humangenetischer Sicht

Die meisten heute verfügbaren Forschungsergebnisse legen nahe, daß die Disposition für eine "Schizophrenie" relativ schwach und unspezifisch ist; wobei man sich diese Disposition als eine recht verbreitete Anfälligkeit für eine weite Spielbreite von Belastungen vorzustellen hat, aus der sich wiederum eine weite Spielbreite von Störungen entwickeln kann.
Eine der besten Methoden, den Einfluß von Vererbung bzw. Milieu zu studieren, liegt in der Zwillingsforschung.
In allen Zwillingsserien ist die Konkordanz der eineiigen Zwillinge (EZ) wesentlich höher als die der zweieiigen (ZZ), was eine der stärksten Stützen der Erbtheorie darstellt.
Diese versucht ja durch Ein- oder Ausschluß von Randgruppen, untypischen Psychosen und nichtpsychotischen psychischen Störungen herauszufinden, bei welchen diagnostischen Maßstäben sich die klaren Erbverhältnisse ergeben.
Weiter bemüht sie sich herauszufinden, welche Krankheitsformen zusammen in den Familien und bei den Zwillingspaaren vorkommen und somit allem Anschein nach eine gemeinsame Basis haben.
1961 veröffentlichte Inouye eine Untersuchung von "schizophrenen" Zwillingspaaren, von denen 55 EZ waren. Die Konkordanz bezüglich "Schizophrenie" war 36% bei EZ und 6% bei ZZ. Wurde ein recht enger Begriff von "Schizophrenie" angewandt, so erhielt er Konkordanzzahlen von 60% bei EZ und 12% bei ZZ.

Zu beträchtlichen Diskussionen aufgrund bemerkenswerter O-Konkordanz als Resultat einer Untersuchung an 16 EZ gab 1963 Tienari Anlaß. Zwar war keines der Zwillingspaare im engeren Sinne des Wortes konkordant für "Schizophrenie", doch mußten drei Paare als Grenzfälle eingestuft werden , sodaß nach Erweiterung des Schizophreniebegriffes die Konkordanzzahlen auf 19% anstiegen. Doch selbst diese Zahlen sind bemerkenswert niedrig.
An einer wesentlich größeren Population hatte Kallmann (1946) in den USA eine Konkordanz von 88% gefunden, deren Werte bis zum Erscheinen der Arbeit Tinari's als Richtwerte angenommen worden waren. Neuberechnungen der Zahlen Kallmann's ergaben später aber auch wesentlich niedrigere Werte, und zwar 59 bzw.69%.
Gottesman und Shields (1966) untersuchten 24 EZ und 33 ZZ gleichgeschlechtliche Zwillinge. Im Hinblick auf "Schizophrenie" wurde hier eine Konkordanz von 42% bei EZ und 9% bei ZZ festgestellt.
Aufgrund von Untersuchungen an 25 EZ und 45 ZZ fanden Fischer, Harvald und Hauge (1969) eine Konkordanz von 24% bei ZZ, wenn "Schizophrenie" im engsten Sinne des Wortes angewandt wurde.Bei einer Erweiterung dieses Begriffes, der dann auch schizophrenieforme und reaktive Psychosen umfaßte, lag die Konkordanzziffer bei 45% für EZ und 13% für ZZ.
Pollin et al. (1969) fanden in einer umfassenden Serie von 15909 männlichen amerikanischen Zwillingen mit einer Beobachtungszeit von durchschnittlich 18 Jahren in der "schizophrenen" Gruppe eine Konkordanz von 14- 16% bei EZ und von 4,4% bei ZZ.
Kringlen (1971) hat- ebenso wie Pollin et al.- deutliche Unterschiede bei diskordant erkrankten EZ und ZZ-Paaren bezüglich der Persönlichkeit und von nervösen

Symptomen vor Ausbruch der Krankheit, selbst in der Kindheit, festgestellt.
So zeigte der "schizophrene" Zwilling vor seiner Krankheit eine weniger gesunde Persönlichkeitsstruktur als der nicht-"schizophrene". Seine frühe Entwicklung war langsamer, er war passiver und abhängiger. Jedoch sind ja viele Kinder introvertiert, zwanghaft und oft abhängig und entwickeln deshalb doch keine "Schizophrenie", so daß man wohl eher soziale Faktoren innerhalb der Familie für das Entstehen dieser Unterschiede annehmen muß.
Inzwischen haben theoretische Kritik und empirische Studien deutlich gezeigt, daß ältere Zwillingsuntersuchungen aufgrund verschiedener Fehlerquellen- wie z.B. Methodik, Diagnostik etc.- Resultate ergaben, bei denen der genetische Faktor überschätzt wurde. Neuere Untersuchungen erreichten bedeutend niedrigere Konkordanzzahlen für "Schizophrenie" bei EZ.
Bis vor etwa 25 Jahren galt die Tatsache, daß das Erkrankungsrisiko für "Schizophrenie" parallel zur Nähe der Blutsverwandtschaft zunimmt, als ein eindeutiger Beweis für deren Vererbbarkeit. Dann jedoch schloß man, daß Familienmitglieder nur deshalb häufiger erkranken, weil sie ein ähnlicheres Milieu haben als Nichtverwandte. So wandte man sich vermehrt der Familienforschung zu.
Die Untersuchungen von Adoptivkindern nützen die Tatsache aus, daß hier biologische und soziale Familie nicht identisch sind. Sie lassen sich in zwei Gruppen einteilen:

a) in eine solche, die von "schizophrenen" Eltern ausgeht, die Kinder zur Adoption weggegeben haben und die feststellt, wieviele dieser Kinder eben-

falls "schizophren" werden, obwohl sie nicht bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind;

b)in eine solche, die von Adoptivkindern ausgeht, die "schizophren" wurden und die Schizophreniehäufigkeit in deren biologischen Familien mit der in den Adoptivfamilien vergleicht.

Kommen "schizophrene" Sekundärfälle in den biologischen Familien vermehrt vor, so schließt die Familienforschung auf eine erbgenetische Übertragung; sind "Schizophrenien" dagegen häufiger in den Adoptivfamilien , so weist dies eher auf eine psychogenetische Vererbung hin.
Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Untersuchungen an Kindern "Schizophrener", die von normalen Familien adoptiert worden waren; wobei sich diese Untersuchungen jedoch nicht einschränkungslos vergleichen lassen (entnommen aus:Zerbin-Rüdin,1971,S.615).

Tab.1: Erkrankungsrisiko von Kindern"Schizophrener", die in fremde Familien adoptiert wurden

Autor	Herkunfts-land	Gesamt-zahl d. Kinder	Schizo-phrenie (%)	Schizophrenie-Spektrum-Diagnosen (%)
Karlsson (1966)	Island	17	29	--
Heston (1966)	USA	47	16	--
Rosenthal et al.(1968)	Dänemark	76	4	32

So besteht die Stichprobe Heston's (1966) aus 47 in einer psychiatrischen Klinik geborenen Kindern akut

psychotischer Mütter, die sofort und endgültig von der Mutter getrennt und bald adoptiert worden waren. Nach etwa 36 Jahren waren 5 Kinder an "Schizophrenie" erkrankt, was einem Prozentsatz von 15% entsprach. In der Stichprobe Karlsson's (1966), in der nicht alle Kinder adoptiert worden waren, sondern teilweise in Pflegefamilien lebten, erkrankten die weggegebenen Kinder "Schizophrener" sogar zu 29% (d.h. 5 von 17), wohingegen die bei den Eltern verbliebenen Kinder mit 12% (d.h. 12 von 100) weit seltener "schizophren" wurden. Von den leiblichen Geschwistern der weggegebenen "Schizophrenen" erkrankten 20% an "Schizophrenie", von den 28 Pflegekindern keines.
Eine wesentlich niedrigere Zahl an Kindern "schizophrener" Eltern, die ebenfalls "schizophren" erkrankt waren, obwohl sie in normale Familien adoptiert worden waren, fanden Rosenthal et al. (1968 und 1971), die ihre Stichprobe aus einer Gesamtzahl von 5483 Adoptivkindern und deren etwa 10000 leiblichen Eltern gewonnen hatten. Vier Prozent dieser Kinder erkrankten an einer "Schizophrenie"; 32% litten an einer von den Autoren so bezeichneten "schizophrenen Spektrumstörung", die nicht nur eindeutige Fälle von "Schizophrenie", sondern auch Charakteristika aufwiesen wie inadäquate Persönlichkeit, schizoide Zustände etc.
In einer Vergleichsgruppe von Adoptivkindern mit normalen leiblichen Eltern hatten nur 18% eine solche Diagnose.
Kety et al. (1968) fanden unter 5483 Adoptivkindern insgesamt 33 Probanden, und zwar 16, die an einer chronischen "Schizophrenie" erkrankt waren, 11 Grenzfälle und 7 akute schizophrenieforme, paranoide oder schizoaffektive Reaktionen. Es zeigte sich, daß Schizophrenie-

Spektrum-Diagnosen in den biologischen Familien mit 5,7% wesentlich häufiger als in den Adoptivfamilien mit 2,7,% und in den Kontrollfamilien (Familien normal gebliebener Adoptivkinder) sind.
Deuten Familien- und Zwillingsbefunde darauf hin, daß die "Schizophrenien" eine nicht näher zu bestimmende genetische Grundlage haben, so weist andererseits die Zwillingsforschung darauf hin, daß eine manifeste "schizophrene" Psychose nicht allein aus der Erbforschung erklärt werden kann, da die Konkordanz bei EZ trotz gleichen Erbguts im Durchschnitt "nur" etwa 50% beträgt. Zwar wird die biochemische Grundlage der"Schizophrenie" etwa jedes Jahr einmal entdeckt (s.u.a. auch Smythies, 1968), doch stellt sich meistens bald heraus, daß die abnormen Befunde nicht schizophreriespezifisch sind, sondern mit langfristiger Hospitalisierung bzw. sonstigen sozialen und psychischen Schädigungen der "schizophrenen" Patienten zusammenhängen.
Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Alternative Anlage oder Umwelt heute überholt ist; statt dessen ist das Problem der Interaktion dieser beiden Faktoren in den Vordergrund gerückt.
Kringlen schreibt in diesem Zusammenhang:

> "Sowohl in der Psychiatrie als auch in der Medizin im allgemeinen ist es mehr und mehr deutlich geworden, daß keine Krankheit ausschließlich nur von genetischen oder nur von Umweltfaktoren bestimmt ist.
> Die Frage in der Psychiatrie wie in der übrigen Medizin ist nicht, ob diese Faktoren identifiziert werden können. Die Wechselwirkungen von Genen und Umwelt bei Gesundheit und Krankheit des Menschen scheinen äußerst kompliziert zu sein. Wir sollten jedoch daran denken, daß eine soziale Vermütung bei vielen Krankheiten möglich gewesen ist, bevor man in der Lage war, den ganzen Ursachenkomplex aufzudecken."(1971, S.55)

Durch diese vorweggenommene Strukturierung der sich aus der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik ergebenden Situation wird unweigerlich impliziert, daß das, was zwischen dem "Schizophrenen" und anderen Personen vorsichgegangen ist, für die Krankheit lediglich von sekundärer Bedeutung ist.
Cooper (1972) meint, daß, wenn "Schizophrenie" überhaupt etwas bedeute, sie eine mehr oder weniger charakteristische Art gestörten Gruppenverhaltens sei- es übernaupt keine "Schizophrenen" gebe. Die übliche Abstraktion des "Kranken" von dem Bezugssystem, in dem er gefangen sei, verzerre das Problem unverzüglich und öffne der Erfindung von Pseudoproblemen Tür und Tor und alle wirklichen Probleme gingen völlig unter.
Er stellt die Hypothese auf, "...daß in den 'psychotischen' Familien das als schizophren ausgewiesene Mitglied mit Hilfe der psychotischen Phase sich von einem entfremdeten System freizumachen versucht und daher in gewissem Sinn weniger 'krank' oder zumindest weniger entfremdet ist, als die 'normalen' Nachkommen der 'normalen' Familien, kommt es aber in ein psychiatrisches Krankenhaus, dann scheint sein verzweifelter Befreiungsversuch gescheitert zu sein, weil es die erforderliche soziale Technik und Strategie nicht genügend beherrscht."(S.93)
Auch Fontaine (1977) erfuhr während seiner praktischen Arbeit als Psychiater, daß die offizielle oder auch klinische Psychiatrie vor allem den Nachdruck auf das Andersein legt, als ob der psychotische Mensch qualitativ anders sei und an einer "Krankheit" litte.
Er stellte in seinen psychotherapeutischen Beziehungen jedoch vor allem fest, daß "Schizophrene" ganz und gar nicht anders und ihre Reaktionen durchaus einfühlbar sind.

Er erlebte sie als Menschen in tiefer existentieller Not.
Im Laufe seiner Arbeit geriet er mehr und mehr in Widerspruch zur institutionalisierten Psychiatrie, vor allem in Widerspruch dagegen, daß man die mit ihren Schwierigkeiten nicht fertigwerdenden Menschen etikettierte.
Bestrebungen zur fundamentalen Reform der psychiatrischen Anstalten sind im allgemeinen gescheitert, aber zum Glück deshalb nicht aufgegeben worden.
Erwähnenswert sind hier vor allem die Reformen in Italien, wobei man dort allerdings grundsätzlich nicht Reformen fordert, sondern die Abschaffung der Psychiatrie.
Ziel der "Demokratischen Psychiatrie", die sich seit der Übernahme der psychiatrischen Anstalten von Gorizia durch F.Basaglia (1978) im Jahre 1961 entwickelt hat, ist die Auflösung der Psychiatrie als geschlossene Anstalt.
Angestrebt wird nicht, wie in der BRD beispielsweise üblich, eine humanere, alternativere Psychiatrie mit mehr Personal und gezielterer Vergabe von Psychopharmaka sowie die Abschaffung der Elektroschockbehandlung (die durchaus heute noch bei uns angewandt wird, obwohl man ihre negativen Wirkungen kennt und positive bis heute nicht aufweisen konnte und kann!), sondern eine grundsätzliche Alternative zur Psychiatrie als Institution.
Zwei Grundgedanken bestimmen dabei die Italienische Psychiatriekritik, und zwar:
1. Ein in und an dieser Gesellschaft "Verrückt-Gewordener" ist kein "Kranker", sondern ein Abweichender von der gesellschaftlichen Norm. Psychiatrie als Insti-

tution hat in dieser Gesellschaft eine Disziplinierungsfunktion für die Abweichler, und der Psychiater versucht mit seinem medizinischen Instrumentarium den Abweichler zu "normalem Funktionieren" zu bringen.
2. Die Psychiatrie ist eine Institution, in der die von der Gesellschaft Ausgesperrten in ihrer Persönlichkeit zerstört werden.
Zur Ablösung der geschlossenen Anstalten schuf man kleinere Wohneinheiten in Stadtteilen, in denen die Patienten betreut werden und wo für sie eher die Möglichkeit besteht, am täglichen Leben teilzunehmen. Der Arzt klagt hier nicht mehr das Verhalten des Patienten an, sondern versucht, ihn in der Gesellschaft zu vertreten.
Aus den hier als Beispiel für sinnvolle Arbeit mit "anderen" stehenden Reformansätzen der psychiatrischen Interventionsmöglichkeiten (wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die Arbeiten von Selvini Palazzoli u.a., 1977; Watzlawick, 1974 und Ammon, 1975) wird klar ersichtlich, daß man in dieser Arbeit nicht weiterkommen kann, ohne die grundlegende Klassifizierung und damit Etikettierung der klinischen Psychiatrie von Menschen als "psychotisch", "neurotisch" und "normal" in Frage zu stellen. Und wenn auch die Geschichte der Psychiatrie sehr weitgehend die der Vervollkommnung riesiger öffentlicher Einrichtungen in Form großer psychiatrischer Anstalten, Polikliniken, psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ist (in diesem Zusammenhang sei auf Foucault, 1978, verwiesen!), darf man sich nicht davon abhalten lassen, das Problem "Geisteskrankheit" radikal und neu zu bewerten. (Unter diesem Blickwinkel gesehen ist die Arbeit in Italien ein "Hoffnungsschimmer am Horizont"!)
Gegenwärtig werden aber immer noch hauptsächlich Pläne gemacht für psychiatrische Einrichtungen, die auf (oft

in Frage gestellten) Statistiken z.B. über Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus oder die Verlegung der Behandlung aus großen psychiatrischen Anstalten in kleinere Abteilungen von Allgemeinen Krankenhäusern basieren.
Dabei fehlt aber gänzlich die konkrete Erfassung des Problems, eine gewisse Einsicht in das, was in und zwischen Menschen vor sich geht. Denn "Schizophrenie" wird von uns nicht als etwas angesehen, das allein im Menschen vorgeht, sondern als etwas, das sich zwischen Menschen abspielt.
Aus diesem Verständnis heraus entwickelten wir die Fragestellung unserer eigenen Untersuchung, die nunmehr nach diesem von uns für wichtig erachteten theoretischen Exkurs dargestellt werden soll.

II - Untersuchung

1. Vorbemerkung zur Untersuchung

Auch die ohne Anspruch auf Vollständigkeit angestellte Durchsicht der Literatur zur psychosozialen Entwicklung des Kindes sowie zur Ätiologie der „Schizophrenie" verdeutlicht den Zusammenhang von Familienmilieu und späterer psychischer Erkrankung.

Zwar hat sich in den letzten Jahren die Überzeugung von einer multifaktoriellen Verursachung psychischer Erkrankungen und insbesondere der „Schizophrenie" noch nicht allgemein durchgesetzt, jedoch inzwischen - vor allem in den Niederlanden, den USA und Großbritannien - eine teilweise Anerkennung gefunden; wobei es hier aber sicherlich nicht genügt, sich ein Nebeneinander-Vorhanden-Sein vieler ätiologisch in Betracht kommender Faktoren vorzustellen, sondern diese als krankheitsspezifische Kombination des Krankheitsgeschehens zu betrachten.

Im folgenden wollen wir versuchen, anhand einer eigenen Untersuchung einige dieser multifaktoriellen Einflüsse zur Genese der „schizophrenen" Reaktion herauszuarbeiten, wobei wir von der Annahme ausgehen, daß u.a. frühkindliche traumatische Erlebnisse und Merkmale der Familienkonstellation Bedingungsfaktoren der „schizophrenen" Erkrankung sind.

Dabei werden die Trennungen (Elternverluste einbezogen) als Teilbereich der Untersuchung von M. Remuß, die Familienkonstellation schwerpunktmäßig von J. Schmidt-Heitmann bearbeitet, wobei die Darstellung der Ergebnisse dieser Teilbereiche der Untersuchung nicht völlig getrennt voneinander ausgewertet werden konnten, da z.B Trennungserlebnisse häufig mit Elternverlusten zusammenhängen.

Hypothesen

I Trennung von der Mutter in der frühen Kindheit bewirkt abweichendes Verhalten

II Je nach Zeitpunkt und Dauer der Trennung hat der Verlust der Mutter für das Kind eine unterschiedliche Bedeutung, die sich in später spezifischen psychischen Erkrankungen äußert

III Beginnt die Muttertrennung im frühen Kindesalter, lassen sich schwere Entwicklungs-, Sprach- und Intelligenz- sowie Persönlichkeitsschäden vermuten

IV Vor allem eine Trennung in der symbiotischen Phase (die etwa die ersten drei Lebensjahre umfaßt) führt zu späterer Schizophrenie

V Die Familienkonstellationsdaten der Familien „Schizophrener" unterscheiden sich von denen "Normaler" und Neurotiker im Hinblick auf die Vollständigkeit der Familie

VI Es wird erwartet, daß sich in den Familien „Schizophrener" in hohem Maße Elternverluste finden- insbesondere Mutterverluste und diese vor allem in der frühen Kindheit.

3. – Versuchsanordnung

Die Pbn unserer Untersuchung setzten sich zusammen aus:

a) Untersuchungsgruppe
50 Personen, die in stationärer psychiatrischer Behandlung sind/waren und deren Diagnose "Schizophrenie" lautet;

b) Kontrollgruppe I
50 Personen, die sich bis zum Beginn und während der Untersuchung weder in psychiatrischer noch in psychotherapeutischer Behandlung befanden;

c) Kontrollgruppe II
50 Personen, die sich in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befinden/befanden und bei denen neurotische Symptome (z.B. Hysterie, Phobie etc.) diagnostiziert worden waren/sind
und deren Eltern.

Die Pbn der Untersuchungsgruppe wählten wir in der Weise aus, daß wir anhand der Krankenhauskartei alle 20-30jährigen Personen mit der Diagnose "Schizophrenie" heraussuchten und aus dieser Population jede zweite Person in die Stichprobe aufnahmen. Ebenso verfuhren wir bei der Auswahl der Pbn für die Kontrollgruppe II. Die Pbn der Kontrollgruppe I wählten wir per Einsichtnahme in die Registerbücher von städtischen Kindergärten aus, indem wir nach dem Zufallsprinzip jedes 7. Kind (die Registerbücher erfaßten Kinder der Jahrgänge 1949-1959) in die Stichprobe einbezogen. Die Kontaktaufnahme mit den Eltern - denen ja vor allem unsere Fragen galten - erfolgte durch ein Schreiben, in dem diese um ihre Mithilfe an unserer Untersuchung gebeten wurden (s.A.). Angeschrieben wurden jeweils 50

Eltern, wobei die Rücklaufquote sich bei der Untersuchungsgruppe zunächst auf 50 % belief, durch persönlichen Einsatz (Telefongespräche, Besuche, mehrmaliges Anschreiben) konnte sie auf 96 % erhöht werden, die fehlenden zwei Pbn wählten wir erneut nach dem beschriebenen Prinzip aus der Klinikskartei aus.

Bei der Kontrollgruppe I schrieben wir 70 Pbn bzw. deren Eltern an, von denen 67 ihr Einverständnis zu der Befragung gaben. Hier wählten wir nach dem Losverfahren die 50 zu befragenden Personen aus.

Die Auswahl der 50 neurotischen Pbn (Kontrollgruppe II) erfolgte nach dem gleichen Verfahren, wie die der Untersuchungsgruppe, wobei hier die Rücklaufquote 46 % betrug und in der gleichen Weise wie bei der Untersuchungsgruppe auf die erforderliche Anzahl erhöht wurde.

Die altersmäßige Eingrenzung der Stichprobe auf das Alter zwischen 20-30 Jahren wurde durch die Überlegung bestimmt, daß die Chance besteht, daß

1. die Eltern der Pbn noch am Leben und ihre Auskunftsfähigkeit durch eine lange Zeitspanne zwischen Kindheit der Pbn und Gegenwart nicht beeinträchtigt sein sollte(n);

2. könnte es durch Einbeziehung älterer Pbn aufgrund von Kriegsereignissen und dadurch bedingten veränderten Familienverhältnissen (z.B. erhöhte Elternverluste und Trennungen von den Eltern) zu einer Verfälschung der zu erhebenden Daten kommen und

3. wollten wir möglichst ausschließen, daß bei Ein-

beziehung von jüngeren oder älteren Pbn unsichere Diagnosestellungen (z.B. Borderline-Fälle) mit einfließen.

Die Daten der Familienkonstellation und der Trennungszeiten wurden von uns in einem Zeitraum von ca. 18 Monaten mittels des im Anhang beigefügten Fragebogens in Gesprächen mit den Eltern erhoben, wobei wir diese zu Hause besuchten, um dadurch auch einen persönlichen Eindruck von den häuslichen Verhältnissen, in denen die Pbn gelebt hatten oder leben zu bekommen und um durch das persönliche Gespräch mit den Eltern möglichst umfassende Auskünfte zu erhalten, da bei Zusendung des Fragebogens die Wahrscheinlichkeit zu groß gewesen wäre, daß dieser aufgrund von Erinnerungslücken oder sonstigen Unsicherheiten nur unvollständig ausgefüllt worden wäre.

Die Ausfüllung des Fragebogens nahm ca. 45 Minuten Zeit in Anspruch. Ihm beigefügt war ein Datenblatt, auf dem wir die von den zuständigen Ärzten gestellte Diagnose eintrugen, sowie die Häufigkeit von Klinikaufenthalten.

4. Beschreibung der untersuchten Stichproben

Tabelle 1: Alter, Geschlecht und Schulbildung der Pbn

a= Gymnasium
b= Realschule
c= Hauptschule
d= Sonderschule

	D.-alter z. Ztpkt. d. Befragung	Geschlecht		Schulbildung				D.-alter bei Verlassen des Elternhauses
		männl.	weibl.	a	b	c	d	
Norm.	25,38	60%	40%	30%	38%	32%	-	22,18
Neur.	25,2	48%	52%	14%	42%	42%	2%	21,40
Schiz.	25,44	42%	58%	16%	24%	58%	2%	20,52

Tabelle 2: Alter und Schulbildung der Mütter der Pbn

	D.-alter	Schulbildung				D.-alter bei Verlassen des Elternhauses	Alter zum Ztpkt. der Geburt des Pb
		a	b	c	d		
Norm.	54,25	10%	8%	82%	-	20,96	28,80
Neur.	53,54	4%	14%	82%	-	21,06	28,30
Schiz.	55,50	4%	32%	64%	-	20,70	28,10

Tabelle 3: Alter und Schulbildung der Väter der Pbn

	D.-alter	Schulbildung				D.-alter bei Verlassen des Elternhauses
		a	b	c	d	
Norm.	58,32	14%	8%	78%	-	24,16
Neur.	57,02	16%	16%	66%	2%	20,84
Schiz.	58,77	10%	30%	60%	-	21,2

Tabelle 4:

Soziale Herkunft der Pbn (Berufe der Väter)	Normal-bevölkerung	Neurotiker	Schizophrene
Obere Mittelschicht (Akademiker, gehobene Beamte, freie Berufe und mittlere Selbständige)	5(10%)	2(4%)	3(6%)
Mittlere Mittelschicht (gehobene Angestellte u. Beamte, mittlere Angestellte und Beamte)	23(46%)	24(48%)	24(48%)
Obere Unterschicht (Angestellte und Beamte mit eindeutig manueller Tätigkeit, Facharbeiter, gelernte unselbst. Handwerker)	19(38%)	20(40%)	16(32%)
Untere Unterschicht (Angelernte Arbeiter - z.B. Kraftfahrer, ungelernte Arbeiter - Hilfs-, Land- und Forstarbeiter	3(6%)	4(8%)	4(8%)
Unbekannt	-	-	-

Wie aus der Tabelle ersichtlich, entstammen die Pbn unserer Stichproben vor allem aus dem oberen Bereich der Unterschicht sowie der mittleren Mittelschicht.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß sich die Väter der Pbn der einzelnen Stichproben bzgl. der Schichtzugehörigkeit erstaunlich wenig unterscheiden - erstaunlich deshalb, weil doch oft herausgestellt wird, daß gerade „schizophren" Erkrankte aus niedrigen sozialen Schichten stammen (s. u.a. Benedetti/Rauchfleisch, 1975).

III Auswertung und Interpretation der Untersuchung

A Auswertungskriterien der Familienkonstellation

1. Legitimität der befragten Personen
2. Familienstand der Eltern der Pbn - hier wird untergliedert in

a= ledig, geschieden oder getrennt lebend; geschieden und nicht wieder verheiratet;
b= geschieden und wieder verheiratet; verwitwet und wieder verheiratet;
c= mit dem anderen Elternteil verheiratet;
d= verstorben

3. Geschwisterzahl; Anzahl der Kinder in der Familie der der Pbn und ihrer Eltern ohne die befragten Personen
4. Zusammenfassende Interpretation zu den Ergebnissen der Variablen:

a= Anzahl der verstorbenen Geschwister
b= Anzahl der jüngeren bzw. älteren Geschwister
c= Anzahl der Halb- und Stiefgeschwister, wobei
1 bedeutet, die infragestehende Person hat ein Halb- oder Stiefgeschwister und
2 die infragestehende Person hat zwei oder mehr Halb- oder Stiefgeschwister
d= Geschwisterposition: die Stellung, die die befragte Person in ihrer Geschwisterreihe einnimmt, wobei wir untergliederten in mittlere, jüngere, ältere Geschwister und Einzelkinder
e= Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie, d.h. eines der beiden Geschlechter überwiegt in der Familie - ohne Rücksicht darauf, um welches Geschlecht es sich handelt - um
a= eine Person,
b= zwei Personen,
c= drei und mehr Personen

d= ausgewogene Geschlechterverteilung

f= Gesdhlechterverteilung in der Familie der befragten Personen: hier wird unterteilt in mono, d.h. monosexuell: das Geschlecht der befragten Person überwiegt in der Familie, hetero-bi, d.h. hetero-bisexuell: das andere Geschlecht als das der befragten Person überwiegt in der Familie bzw. beide Geschlechter sind gleich stark vertreten.

5. Anzahl der Umzüge. Dieses Kriterium nahmen wir mit auf, weil uns häufige Umzüge als ein Indiz für Instabilität von Beziehungen erscheint
6. Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zu den Variablen:

a= Stillzeit: die Zeit, die der Pb gestillt wurde

b= Zeitpunkt der Sauberkeit

c= Komplikationen bei der Geburt

d= Körperbehinderungen bei Pbn und Eltern

e= Psychische Erkrankung bei Verwandten der Pbn und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn

Auswertung der Trennungszeiten und Personenverluste

Hier werteten wir Personenverluste durch Tod oder Scheidung als endgültige Verluste und Berufstätigkeit der Mütter, Abwesenheiten eines Elternteils als temporäre Verluste.

1. Elternverlust bei den Pbn und deren Eltern - untergliedert in: bis zum 3. Lj., bis zum 6. Lj., bis zum 15. Lj.
2. Ersatz für verlorene Elternteile - hier ebenso
3. Ergebnisse zu den temporären Verlusten

a= Heimaufenthalte (bis zum 3. Lj.)

b= Trennungen von den Eltern (durch Krankenhaus- oder Kuraufenthalte etc.) bei Pbn und Eltern (bis zum 6. Lj.)
c= Abwesenheiten eines Elternteiles der Pbn und Eltern (bis zum 6. Lj.)
d= Berufstätigkeit der Mütter der Pbn und der Eltern
e= Abende, in der Woche, die die Väter der Pbn nicht zu Hause waren (bis zum 6. Lj.)
f= Wochenenden, die die Väter der Pbn bis zu deren 6. Lj. von zu Hause abwesend waren.

Da wir in unserer Untersuchung eine Fülle von Daten ausgewertet haben, deren Darstellung in Tabellen sehr umfangreich ist und damit sehr leicht unübersichtlich wird, haben wir viele Ergebnisse ohne explizite Tabellenwiedergabe interpretiert (dies vornehmlich, aber nicht ausschließlich, wenn die Ergebnisse nicht wirklich eindeutig signifikant waren, d.h. keine 1%ige Sicherheit auswiesen) und die Tabellen in den Anhang eingefügt.

Die Ergebnisse zur Familienkonstellation
(Erwartungszahlen in Klammern)

1. Legitimität der infragestehenden Personen

nichteheliche Geburt=der Pb, sein Vater oder seine Mutter sind außerehelich geboren

eheliche Geburt=der Pb, sein Vater oder seine Mutter sind ehelich geboren

Tabelle I

	Norm.		Neur.		Schiz.		
nichtehel.	0	(6,36)	6	(6,36)	13	(6,28)	19
ehelich	150	(143,64)	144	(143,64)	135	(141,67)	429
	150		150		148		448

X^2 = 18,12 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein sehr bedeutsamer Zusammenhang zwischen Legitimität und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.		Neur.		
nichtehel.	0	(3)	6	(3)	6
ehelich	150	(147)	144	(147)	294
	150		150		300

X^2 = 5,2 (df=1, p<5%), d.h. Neurotiker sind eher außerehelich geboren als "Normale".

Tabelle III

	Norm.		Schiz.		
nichtehel.	0	(6,57)	13	(6,46)	13
ehelich	150	(93,20)	135	(91,88)	185
	150		148		298

X^2 = 67,06 (df=1, p<1%), d.h. Personen, die selbst oder bei denen ein Elternteil außerehelich geboren ist, werden häufiger als "schizophren" diagnostiziert.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
nichtehel.	6 (9,56)	13 (9,44)	19
ehelich	144 (140,44)	135 (138,56)	279
	150	148	298

X^2 = 2,85 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Familien mit Neurotikern sind Personen mit "schizophrenen" Angehörigen eher außerehelich geboren.

Interpretation

Aufgrund dieser Ergebnisse zeigt sich, daß Unvollständigkeit der Familie- wie sie ja bei Illegitimität der Geburt zwangsläufig vorhanden ist, als ein Indiz für die Entstehung psychischer Erkrankung und insbesondere "schizophrener" Reaktionen angesehen werden kann.

Graber (1978) vermutet, daß im nachgeburtlichen Leben die vorgeburtlichen seelischen Erfahrungen fast völlig unbewußt sind, jedoch bis zum Lebensende als Grundströmung im seelischen Seelenleben wirksam bleiben. Auch G. Ammon (1975) geht davon aus, daß im pränatalen Stadium "Ich-Kerne" angelegt werden, die nach der Geburt ausgearbeitet werden.

Vergegenwärtigen wir uns, daß Außerehelichkeit zu der Zeit, in der die Vpn geboren wurden, einen gesellschaftlichen Makel darstellte, so ist vorstellbar, daß diese Mütter während der Schwangerschaft gravierenden innerpsychischen Konflikten ausgesetzt waren, die zur Ablehnung des ungeborenen Kindes führen und so die vorgeburtliche seelische Entwicklung beeinträchtigen. Sind diese Mütter selbst außerehelich geboren (was bei unserer Stichprobe eindeutig zutrifft) und hatten nicht erfahren können, was Zuwendung und Liebe bedeuten, so können sie nur ein defizitäres Ich entwickeln. Werden diese Frauen dann selbst Mütter, so sind sie außerstande, dem Kind einen Raum zu geben, in dem

es sich zu einer eigenständigen Persönlichkeit entwickeln kann, da sie selbst ständig an diffuser Angst und Schuldgefühlen gegenüber dem Kind leiden (Schneider, 1973).

2. Familienstand der Eltern der Pbn

Tabelle I

a=ledig, geschieden oder getrennt lebend; geschieden und nicht wieder verheiratet

b=geschieden und wieder verheiratet; verwitwet und wieder verheiratet

c=mit dem anderen Elternteil verheiratet

d=verstorben

Mutter

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	5 (12,67)	13 (12,67)	20 (12,67)	38
b	0 (5,00)	5 (5,00)	10 (5,00)	15
c	45 (32,33)	32 (32,33)	20 (32,33)	97
	50	50	50	150

X^2 = 27,03 (df=4, p<1%), d.h. es besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Familienstand der Eltern und Krankheitsbild der Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	5 (9,00)	13 (9,00)	18
b	0 (2,50)	5 (2,50)	5
c	45 (38,50)	32 (38,50)	77
	50	50	100

X^2 = 8,54 (df=2, p<2%), d.h. neurotisch Erkrankte wachsen signifikant häufiger ohne Vater auf bzw. haben durch Wiederverheiratung ihrer Mutter einen Vaterersatz als Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	5 (12,50)	20 (12,50)	25
b	0 (5,00)	10 (5,00)	10
c	45 (32,50)	20 (32,50)	65
	50	50	100

X^2 = 27,09 (df=2,p<1%), d.h. "Schizophrene" wachsen signifikant häufiger ohne Vater auf bzw. haben durch erneute Heirat ihrer Mutter einen Vaterersatz als "Normale".

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	13 (16,50)	20 (16,50)	33
b	5 (7,50)	10 (7,50)	15
c	32 (26,00)	20 (26,00)	52
	50	50	100

X^2 = 5,60 (df=2, p<10%), d.h. auch im Vergleich mit Neurotikern wachsen "Schizophrene" häufiger ohne Vater auf bzw. haben durch Wiederverheiratung ihrer Mutter einen Vaterersatz.

Väter

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	0 (4,33)	4 (4,33)	9 (4,33)	13
b	0 (3,67)	3 (3,67)	8 (3,67)	11
c	45 (32,33)	32 (32,33)	20 (32,33)	97
d	5 (9,67)	11 (9,67)	13 (9,67)	29
	50	50	50	150

X^2 = 25,808 = 25,81 (df=6, p<1%), d.h. Väter von "Schiz." sind signifikant häufiger durch Scheidung oder Trennung ohne Ehepartner oder sind häufiger gestorben.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	0 (2,00)	4 (2,00)	4
b	0 (1,50)	3 (1,50)	3
c	45 (38,50)	32 (38,50)	77
d	5 (8,00)	11 (8,00)	16
	50	50	100

X^2 = 7,71 (df=3, p<10%), d.h. Väter von Neurotikern sind häufiger geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner oder sind häufiger verstorben.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	0 (4,50)	9 (4,50)	9
b	0 (4,00)	8 (4,00)	8
c	45 (32,50)	20 (32,50)	65
d	5 (9,00)	13 (9,00)	18
	50	50	100

X^2 = 27,88 (df=3, p < 1%), d.h. Väter von"Schiz." sind hoch signifikant häufiger geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner bzw. nach Scheidung wieder verheiratet oder bereits verstorben.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	4 (6,50)	9 (6,50)	13
b	3 (5,50)	8 (5,50)	11
c	32 (26,00)	20 (26,00)	52
d	11 (12,00)	13 (12,00)	24
	50	50	100

X^2 = 6,37 (df=3, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Neurotikern sind Väter von "Schizophrenen" eher geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner bzw. nach Scheidung von der Mutter der Pbn wieder verheiratet.

Tabelle V

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	0 -	4 (3,79)	9 (9,21)	13
b	0 -	3 (3,21)	8 (7,79)	11
	0	7	17	24

Hier errechneten wir kein signifikantes Chi-Quadrat.

Tabelle VI

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	0 (5,32)	4 (4,25)	9 (3,43)	13
c	45 (39,68)	32 (31,75)	20 (25,57)	97
	45	36	29	110

X^2 = 15,35 (df=2, p<1%), d.h. Väter von "schizophrenen" Pbn sind sehr signifikant häufiger geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner als Väter von norm. oder neur. Pbn.

Tabelle VII

	Norm.	Neur.	
a	0 (2,22)	4 (1,78)	4
c	45 (42,78)	32 (34,22)	77
	45	36	81

X^2 = 3,25 (df=1, p<10%), d.h. Väter von neur. Pbn sind häufiger geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner als Väter von normalen Pbn.

Tabelle VIII

	Norm.	Schiz.	
a	0 (5,47)	9 (3,53)	9
c	45 (39,53)	20 (25,47)	65
	45	29	74

X^2 = 14,93 (df=1, p<1%), d.h. Väter von "Schizophrenen" sind häufiger geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner als Väter von normalen oder neurot. Pbn.

Tabelle IX

	Neur.	Schiz.	
a	4 (7,75)	9 (6,25)	14
c	32 (28,80)	20 (23,20)	52
	36	29	65

X^2 = 3,37 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Vätern von neur. Pbn sind Väter "schiz." Pbn häufiger geschieden oder durch Trennung ohne Ehepartner als Väter von normalen oder neur. Pbn.

Tabelle X

	Norm.	Neur.	Schiz.	
c	0 (1,38)	3 (3,85)	8 (5,78)	11
d	5 (3,63)	11 (10,15)	13 (15,23)	29
	5	14	21	40

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle XI

	Norm.	Neur.	Schiz	
a	0 (1,55)	4 (4,64)	9 (6,81)	13
d	5 (3,45)	11 (10,36)	13 (15,19)	29
	5	15	22	42

Auch hier errechneten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle XII

	Norm	Neur.	Schiz.	
b	0 (4,58)	3 (3,56)	8 (2,85)	11
c	45 (40,42)	32 (31,44)	20 (25,15)	97
	45	35	28	108

χ^2 = 14,52 (df=2, p<1%), d.h. Väter "schiz." Pbn sind sehr signifikant häufiger mit anderen Frauen als den Müttern d. Pbn verheiratet. "Schiz." Pbn haben sehr signifikant häufiger - durch Wiederverheiratung ihres Vaters - Mutterersatz.

Tabelle XIII

	Norm.	Neur.	
b	0 (1,69)	3 (1,31)	3
c	45 (43,31)	32 (33,69)	77
	45	35	80

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle XIV

	Norm.	Schiz.	
b	0 (4,93)	8 (3,07)	8
c	45 (40,07)	20 (24,93)	65
	45	28	73

χ^2 = 13,48 (df=1, p<1%), d.h. Väter von "schiz." Pbn sind sehr signifikant häufiger nach Scheidung oder Trennung mit einem anderen Partner verheiratet als Väter von "normalen" Pbn.

Tabelle XV

	Neur.	Schiz.	
b	3 (6,11)	8 (4,89)	11
c	32 (28,89)	20 (23,11)	52
	35	28	63

χ^2 = 3,84 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich mit Vätern neur. Pbn sind Väter von "Schizophrenen" häufiger nach Scheidung oder Tod der Mutter mit einem anderen Partner verheiratet.

Tabelle XVI

Familienstand von Vätern und Müttern der Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	5 (17,00)	17 (17,00)	29 (17,00)	51
b	0 (8,67)	8 (8,67)	18 (8,67)	26
c	90 (64,67)	64 (64,67)	40 (64,67)	194
d	5 (9,67)	11 (9,67)	15 (9,64)	29
	100	100	100	300

X^2 = 27,18 (df=6, p<1%), d.h. es besteht ein Zusammenhang zwischen Familienstand der Eltern und Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle XVII

	Norm.	Neur.	
a	5 (11,00)	17 (11,00)	22
b	0 (4,00)	8 (4,00)	8
c	90 (77,00)	64 (77,00)	154
d	5 (8,00)	11 (8,00)	16
	100	100	200

X^2 = 12,00 (df=3, p<1%), d.h. Eltern neur. Pbn sind im Vergleich zu den Eltern "norm." Pbn signifikant häufiger nicht miteinander verheiratet.

Tabelle XVIII

	Norm.	Schiz.	
a	5 (17,00)	29 (17,00)	34
b	0 (9,00)	18 (9,00)	18
c	90 (65,00)	40 (65,00)	130
d	5 (9,00)	13 (9,00)	18
	100	100	200

X^2 = 70,00 (df=3, p<1%), d.h. Eltern "schiz." Pbn sind sehr signifikant häufiger nicht mehr miteinander verheiratet, im Vergleich mit den Eltern neur. Pbn sind sie wesentlich häufiger nach Scheidung mit einem anderen Partner verheiratet; sign. häufiger leben sie aber auch ohne den anderen Elternteil.

Tabelle XIX

	Neur.	Schiz.	
a	17 (23,00)	29 (23,00)	46
b	8 (13,00)	5 (13,00)	26
c	64 (52,00)	40 (52,00)	104
d	11 (12,00)	13 (12,00)	24
	100	100	200

X^2 = 12,63 (df=3, p<1%), dh. siehe Tabelle XVIII

Tabelle XX

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	5 (6,38)	17 (17,85)	29 (26,78)	51
d	5 (3,65)	11 (10,15)	13 (15,23)	29
	10	28	42	80

Keine signifikanten Resultate errechnet.

Interpretation

Diese Ergebnisse zeigen, daß für die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeit offensichtlich die Vollständigkeit der Familie eine der Grundvoraussetzungen ist, denn - wie sich aus obigen Tabellen ablesen läßt - entstammen gerade "schizophrene" Personen aus (durch Scheidung, Trennung oder Tod resultierenden) unvollständigen Familien.

Hier ist u.E. der Schluß zulässig, daß aufgrund der Unvollständigkeit der Familie es dem Kind (d.h. dem später "Schizophrenen") verunmöglicht wird, konstante Beziehungen aufzubauen - in diesem Zusammenhang seien die Ergebnisse von Freud/Burlingham (1971) erwähnt, die in diesen schon herausstellten, daß Kinder, die Trennungen von ihren Eltern erlebt hatten, nur mit größten Anstrengungen und unter Schwierigkeiten erneut enge Beziehungen zu einem anderen Menschen aufbauen konnten.

Gerade in der frühen Ich-Entwicklung ist es jedoch wichtig, daß die Mutter die Bedürfnisse des Kindes befriedigt, es vor Gefahren der Realität bewahrt und ihm beim Ertragen von unvermeidlichen Frustrationen behilflich ist. Die Mutter und die umgebende Primärgruppe übernehmen also für das sich entwickelnde Kind eine ent-

scheidende Ich-Funktion, u.z. die Abgrenzung nach innen und außen. Gelingt dieses der Mutter nicht, so erleidet das Kind schwerste archaische Ich-Störungen, die sich später nach Ammon (1975) als "schizophrene" Reaktionen darstellen können.

Außerdem vermuten wir, daß bereits die Eltern untereinander - solange sie noch zusammenlebten - kaum eine emotional stabile Beziehung pflegen konnten (s. hierzu die Drei-Generationen-Hypothese von Hill, 1955) und wenn wir uns vergegenwärtigen, daß der Prozeß der individuellen Ich-Entwicklung eng verbunden ist mit der unbewußten Dynamik der Gruppe, in der das Kind aufwächst, so wird verstehbar, daß sich diese Dissonanz in der Beziehung zwischen Vater und Mutter auf das Kind insofern auswirkt, als die Mutter - laut Erikson (1965) - durch die emotionale Belastung nicht in der Lage ist, dem Kind eine "gesunde" symbiotische Beziehung zu gestatten.

3. Geschwisterzahl und Art der psychischen Erkrankung

1= die infragestehende Person hat 1 Geschwister
2= die infragestehende Person hat 2 Geschwister
3= die infragestehende Person hat 3 und mehr Geschwister

Tabelle I Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	22 (17,85)	27 (20,30)	10 (20,82)	59
2	9 (9,98)	7 (11,37)	17 (11,65)	33
3	5 (8,17)	7 (9,30)	15 (9,53)	27
	36	41	42	119

X^2 = 17,95 (df=4, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch sehr bedeutsamer Zusammenhang zwischen Geschwisterzahl und Krankheitsbild.

Im einzelnen ergab sich:

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
1	22 (22,91)	27 (26,09)	49
2	9 (7,48)	7 (8,52)	16
3	5 (5,61)	7 (6,39)	12

X^2 = 0,78, d.h. zwischen der Geschwisteranzahl von Neurotikern und Normalen sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
1	22 (14,77)	10 (17,23)	32
2	9 (12,00)	17 (14,00)	26
3	5 (9,23)	15 (10,77)	20
	36	42	78

X^2 = 11,13 (df=2, p<1%), d.h. "Normale" stammen eher aus Familien mit geringeren Geschwisterzahlen, "Schizophrene" haben signifikant häufiger mehrere Geschwister.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
1	27 (18,28)	10 (18,72)	37
2	7 (11,86)	17 (12,14)	24
3	7 (1o,87)	15 (11,13)	22
	41	42	83

X^2 = 14,89 (df=2, p<1%), d.h. Neurotiker stammen eher aus kleineren Geschwisterreihen, "Schizophrene" eher aus größeren.

Mutter

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	9 (9,28)	10 (9,50)	10 (10,20)	29
2	12 (11,50)	12 (11,80)	12 (12,67)	36
3	19 (19,20)	19 (19,68)	22 (21,12)	60
	40	41	44	125

Hier ergaben sich keine signifikanten Resultate.

Väter

Tabelle II

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	10 (9,92)	13 (8,90)	6 (10,18)	29
2	10 (9,92)	8 (8,90)	11 (10,18)	29
3	19 (19,16)	14 (17,19)	23 (19,65)	56
	39	35	40	114

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Resultate. Auf die Interpretation von Tendenzen möchten wir verzichten. Auch die Zugrundelegung der Geschwisterzahlen beider Elternteile ergab keine signifikanten Differenzen.

Interpretation

Geschwisterzahl und Art der psychischen Erkrankung scheinen voneinander abzuhängen. "Schizophrene" stammen - nach unseren Ergebnissen - signifikant häufiger aus Familien mit drei und mehr Kindern.

Wir nehmen an, daß Mütter von sehr vielen Kindern nur unzureichend in der Lage sind, den Bedürfnissen jedes einzelnen ihrer Kinder gerecht zu werden und die Kinder insgesamt mehr sich selbst überlassen sind. Befindet sich nun aber

unter diesen Kindern ein besonders sensibles Kind, das auf die zunächst mangelnde Zuwendung mit "bizarren" Verhaltensweisen reagiert, so wird sich die Mutter diesem, aus einem Schuldgefühl heraus, mit erhöhter Aufmerksamkeit zuwenden, die aber gekennzeichnet ist von einer großen Hilflosigkeit und Ängstlichkeit dem Kind gegenüber, dessen Reaktion sie nicht adäquat deuten kann, wodurch wiederum die emotionale Beziehung zwischen Mutter und Kind stark beeinträchtigt wird, denn das Kind spürt die Hilflosigkeit der Mutter und reagiert auf diese eben wiederum mit "bizarren" Verhaltensweisen - so entsteht ein Kreislauf, aus dem weder Mutter noch Kind auszubrechen imstande sind (Watzlawick, 1969, Wynne et al.,1969a).

Möglich - und uns noch wahrscheinlicher - ist aber, daß Mütter von später "schizophren" werdenden Kindern selbst von ihren Müttern überbehütet worden und dadurch recht unselbständig geblieben sind. Sie versuchen später ihren Kindern gegenüber die gleiche Liebe und Besorgtheit zu zeigen - wobei sich hinter dieser Liebe und Besorgtheit oftmals eine massive aggressive Komponente und ein starkes Bedürfnis nach vollständiger Kontrolle des Kindes verbirgt - verlagern diese aber, da sie sie nicht allen ihren Kindern geben können, auf eines, das sie besonders eng an sich binden und damit dessen Entwicklung zu einer eigenständigen Person behindern (Stierlin, 1975).

Diese Annahme wird noch dadurch unterstützt, daß weder bei den Müttern noch bei den Vätern unserer Untersuchungs- und Kontrollgruppen signifikante Unterschiede in den Häufigkeiten bezüglich Geschwisterzahlen zu beobachten sind.

Eine weitere Erklärung dafür, daß in den Familien in dem meisten Fällen nur ein Kind"schizophren" reagiert, liefert die Hypothese von Vogel/Bell (1969) und Richter (1970), die davon ausgehen, daß das gestörte Kind sozusagen der Sündenbock für die Familienproblematik darstellt, damit erhalten-

die Eltern die Möglichkeit, ihre eigene Verhaltensstörung mit dem gestörten Verhalten des Kindes zu erklären. Welches von den Kindern zum Sündenbock gemacht wird, hängt ab von der jeweiligen Familien- und Eheproblematik und auch von der außerfamiliären Umwelt (Bastide, 1973, Siirala,1961).

4. Zusammenfassende Interpretation der Variablen:
(Tabellen im Anhang)

a) Anzahl der verstorbenen Geschwister und Krankheitsbild

b) Anzahl der jüngeren/älteren Geschwister der Pbn und ihrer Eltern und Art der psychischen Erkrankung

c) Anzahl der Halb- und Stiefgeschwister der Pbn und ihrer Eltern in Abhängigkeit von der Art der psychischen Erkrankung

d) Geschwisterposition und Art der psychischen Erkrankung

e) Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der befragten Personen und Krankheitsbild

f) Geschlechterverteilung in der Familie der befragten Personen und Krankheitsbild.

Aufgrund der zu geringen Häufigkeiten konnten wir die Kategorie "Anzahl der verstorbenen Geschwister und Krankheitsbild" nicht auswerten. Bei Gegenüberstellung der Häufigkeiten ergaben sich auch keine signifikanten Ergebnisse. Die Anzahl der jüngeren/älteren Geschwister erwies sich ebenfalls nicht als beeinflussende Variable für die Art der psychischen Erkrankung. Auch konnten wir keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschwisterposition und Art der psychischen Erkrankung feststellen. Dies steht im Gegensatz zu der Untersuchung von Langenmayr (1973), in der dieser einen Zusammenhang zwischen Unausgewogenheit der Geschlechter und späterer psychischer Erkrankung feststellte.

Welches Kind also zum Träger der Familienproblematik wird, hängt ab von der jeweiligen Ehe- und Familiensituation und/oder von der jeweiligen Ich-Störung eines Elternteiles (Wynne/Singer, 1965).

Das Vorhandensein von Halb- und Stiefgeschwistern in Familien stellt ein indirektes Anzeichen für gestörte Familienverhältnisse dar, da sie ja meistens durch eine neue Eheschließung in die Familie kommen. Halb- und Stiefgeschwister zu haben, scheint sich pathogen auf die Entwicklung auszuwirken, da sich gerade bei "Schizophrenen" und deren Eltern sehr häufig welche finden.

Die Geschlechterverteilung in den Familien der befragten Personen ließen keinen Aufschluß über die Art der psychischen Erkrankungen zu. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen gefunden werden.

5. Anzahl der von den Pbn erlebten Umzüge und Art der psychischen Erkrankung

0= kein Umzug
1= ein Umzug
2= zwei und mehr Umzüge

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
0	13 (10,67)	10 (10,67)	9 (10,67)	32
1	22 (14,00)	14 (14,00)	6 (14,00)	42
2	15 (25,33)	26 (25,33)	35 (25,33)	76
	50	50	50	150

X^2 = 17,87 (df=4, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Art der Krankheit und der Zahl der erlebten Umzüge.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
0	13 (11,50)	10 (11,50)	23
1	22 (18,00)	14 (18,00)	36
2	15 (20,50)	26 (20,50)	41
	50	50	100

X^2 = 5,14 (df=2, p<10%), d.h. Neurotiker haben eher mehr als 2 Umzüge erlebt als "Normale".

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
0	13 (11,00)	9 (11,00)	22
1	22 (14,00)	6 (14,00)	28
2	15 (25,00)	35 (25,00)	50
	50	50	100

X^2 = 17,86 (df=2, p<1%), d.h. "Schizophrene" haben in hoch signifikantem Ausmaß mehr als 2 Umzüge erlebt als "Normale".

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
0	10 (9,50)	9 (9,50)	19
1	14 (10,00)	6 (10,00)	20
2	26 (30,50)	35 (30,50)	61
	50	50	100

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Interpretation

Aus diesen Ergebnissen läßt sich ablesen, daß "schizophrene" Pbn wesentlich häufiger einen bzw. mehrere Wohnungswechsel erlebt haben als die Pbn der "Normalbevölkerung" und verhältnismäßig mehr als die Pbn der Kontrollgruppe II (Neurotiker). Umzüge gehen mit grundlegenden Veränderungen der Umgebung einher, die in der Folge zu einem Wechsel der sekundären Kontaktpersonen führen. Sie bedeuten eine völlige Umstellung für die jeweilige Person in ihrem sozialen Gefüge und führen so u. U. dazu, daß die Betroffenen durch die Erfahrung der häufigen Personenwechsel sich selbst in ihren Fähigkeiten, dauerhafte Beziehungen einzugehen einschränken, aus Angst vor erneutem Verlust, und so die symbiotische Beziehung zur Mutter nicht nur aufrechterhalten, sondern noch intensiviert wird, was die Mutter unterstützt, da auch ihr außerfamiliäres Beziehungsgeflecht immer wieder "zerbrochen" wird.

Dadurch, daß sich die Primärgruppe (Vater, Mutter, Kind) immer mehr aufeinander beziehen, besteht die Gefahr, daß die Familie sich eine Welt aufbaut, mit einem Normensystem, das nur für sie Gültigkeit hat, und mehr und mehr ihr jeweiliges, zwangsläufig verfälschtes Realitätsbild assimiliert (Richter, 1970). Die damit einhergehende Fragmentierung des in solchen Familien lebenden späteren "Schizophrenen", die"Identitätsdiffusion" (Erikson, 1965), die gestörte Wahrnehmungs- und Kommunikationsmöglichkeiten und bestimmte andere Merkmale seiner Charakterstruktur, entstammen also in erhöhtem Maße den Wesenseigenschaften dieser familialen Sozialorganisation, die dem Kind eine adäquate Identitätsentwicklung nicht erlaubt und damit einen psychotischen Zusammenbruch herbeiführt - meist in der Pubertät, da pseudomutuelle Beziehungsmuster dem Individuum bis dahin erlaubten, in der Familie entsprechend zu funktionieren (Wynne, 1969b).

6. Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zu den Variablen:
(Tabellen im Anhang)

a) Stillzeit und Art der psychischen Erkrankung

b) Zeitpunkt der Sauberkeit und Art der späteren psychischen Erkrankung

c) Komplikationen bei der Geburt der Pbn und Art der späteren psychischen Erkrankung

d) Körperbehinderungen bei Pbn und Eltern und Art der psychischen Erkrankung

e) Psychische Erkrankungen bei Verwandten der Pbn und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn

In der Kategorie Stillzeit und Art der psychischen Erkrankung konnten in den drei Gruppen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Dagegen stellten wir bei der Variable Sauberkeitserziehung signifikante Unterschiede fest, u.z. insoweit, als "schizophrene" Pbn erst später "sauber" sind als beispielsweise Neurotiker.

Auch in der Rubrik Komplikationen bei der Geburt und Körperbehinderung bei Pbn konnten wir nachweisen, daß gerade bei neurotischen Pbn diese Störungen gehäuft zu beobachten sind. Bruch (1971) und Ammon (1975) erklären die gehäuft vorkommenden Körperbehinderungen bei Neurotikern damit, daß sie durch diese Störung einen Weg gefunden haben, die gewünschte Zuwendung von außen zu erhalten.

Wie von uns erwartet, fanden wir in unserer Untersuchungsgruppe keinen Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung bei Verwandten der Pbn und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn. Dies bestätigt unsere These, daß die "schizophrene" Erkrankung die letzte Phase einer Kette von Ereignissen darstellt, deren primäre Ursache in der schwer ge-

störten Eltern-Kind-Beziehung liegt (Foudrain, 1969) und nicht allein von genetischen Momenten bestimmt wird.

B. Auswertung der Trennungszeiten und Personenverluste

1.1.a. Elternverluste bei den Pbn und deren Eltern und Art der psychischen Erkrankung (hier wurden alle Elternverluste gewertet, die Pbn, Väter oder Mütter bis zum 15. Lebensjahr erlitten haben).

kV = kein Verlust eines oder beider Elternteile
V = Verlust eines oder beider Elternteile
außerehelich geb. Pbn wurden nicht mitgezählt

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	130 (113,86)	112 (109,31)	92 (110,83)	334
V	20 (36,14)	32 (34,69)	54 (35,17)	106
	150	144	146	440

X^2 = 23,00 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	130 (123,47)	112 (118,53)	242
V	20 (26,53)	32 (25,47)	52
	150	144	294

X^2 = 3,98 (df=1, p<5%), d.h. bei neur. Personen haben Pbn, Väter oder Mütter häufiger einen Elternverlust erlitten als bei Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	130 (112,50)	92 (109,50)	222
V	20 (37,50)	54 (36,75)	74
	150	146	296

X^2 = 21,79 (df=1, p<1%), d.h. unter den Personen mit Elternverlusten finden sich hochsignifikant häufiger "schizophrene" Personen als solche aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	112 (100,30)	92 (102,70)	204
V	32 (42,70)	54 (43,30)	86
	144	146	290

X^2 = 7,56 (df=1, p<1%), d.h. auch im Vergleich zu neur. Personen haben "schiz." Pbn und deren Eltern häufiger einen Elternverlust erlitten.

1.1.b. Elternverluste bei den Pbn (bis zum 15. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	99 (89,46)	87 (87,67)	77 (85,88)	263
V	1 (20,54)	11 (10,33)	19 (10,12)	31
	100	98	96	294

X^2 = 17,53 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein stat. hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Elternverlust und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	99 (93,94)	87 (92,06)	186
V	1 (6,06)	11 (5,94)	12
	100	98	198

X^2 = 8,28 (df=1, p<2%), d.h. bei neur. Erkrankten Pbn finden sich signifikant häufiger Elternverluste als bei Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	99 (89,80)	77 (86,20)	176
V	1 (10,20)	19 (9,80)	20
	100	96	196

X^2 = 17,98 (df=1, p<1%), d.h. im Vergleich zu Pbn aus der Normalbevölkerung finden sich bei "schiz." Pbn in sehr signifikantem Maße mehr Elternverluste.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	87 (82,85)	77 (81,15)	164
V	11 (15,15)	19 (14,85)	30
	98	96	194

X^2 = 2,72 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Neurotikern haben "Schiz." häufiger Elternverluste erlitten.

1.1.c. Elternverluste bei den Müttern der Pbn
(bis zum 15. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	39 (37,92)	40 (37,16)	34 (37,92)	113
V	11 (12,08)	9 (11,84)	16 (12,08)	36
	50	49	50	149

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

1.1.d. Elternverluste bei den Vätern der Pbn
(bis zum 15. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	42 (36,73)	35 (34,53)	31 (36,73)	108
V	8 (13,27)	12 (12,47)	19 (13,27)	39
	50	47	50	147

X^2 = 6,24 (df=2, p<5%), d.h. es besteht ein stat. bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust bei den Vätern der Pbn vor dem 15. Lj. und Art der psych. Erkrankung bei den Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	42 (39,69)	35 (37,31)	77
V	8 (10,31)	12 (9,69)	20
	50	47	97

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	42 (36,50)	31 (36,50)	73
V	8 (13,50)	19 (13,50)	27
	50	50	100

x^2 = 6,14 (df=1, p<2%), d.h. bei "schiz." Pbn haben die Väter häufiger vor dem 15. Lj. einen Elternverlust erlitten als bei Pbn aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	35 (31,98)	31 (34,02)	66
V	12 (15,02)	19 (15,98)	31
	47	50	97

Hier ergaben sich keine signifikanten Resultate.

Interpretation

Unvollständige Familien scheinen, wie von uns angenommen, ein Indiz für eine spätere gestörte Persönlichkeitsentwicklung darzustellen und insbesondere zur Ausbildung "schizophrener" Reaktionen zu führen, da es einer Person, die bereits in ihrer Kindheit Verluste erlitten hat, sehr schwer gemacht wird, konstante Beziehungen herzustellen und somit eine generelle Kontaktstörung hervorgerufen wird, die sich schließlich zu besagten Reaktionen entwickeln kann.

1.2.a. Elternverluste bei den Pbn und deren Eltern bis zum 6. Lebensjahr und Art der psychischen Erkrankung

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	143 (129,20)	126 (124,04)	110 (125,76)	379
V	7 (20,80)	18 (19,96)	36 (20,24)	61
	150	144	146	440

X^2 = 25,10 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust bei Pb, Mutter oder Vater und der Art der psychischen Erkrankung beim Pb.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	143 (137,24)	126 (131,76)	269
V	7 (12,76)	18 (12,24)	25
	150	144	294

X^2 = 5,80 (df=1, p<2%), d.h. bei neurotischen Personen haben Pb, Vater oder Mutter häufiger vor dem 6. Lj. einen Elternverlust erlitten, als Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	143 (128,21)	110 (124,79)	253
V	7 (21,79)	36 (21,21)	43
	150	146	296

X^2 = 23,81 (df=1, p<1%), d.h. bei "schiz." Personen haben Pb, Vater oder Mutter in sehr signifikantem Ausmaß häufiger einen Elternverlust vor dem 6. Lj. erlitten, als bei "normalen" Personen.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	126 (117,19)	110 (118,81)	236
V	18 (26,81)	36 (27,19)	54
	144	146	290

X^2 = 9,39 (df=1, p<1%), d.h. auch im Vergleich zu neur. Personen haben bei "schizophrenen" Personen Pb, Vater oder Mutter häufiger einen Elternverlust vor dem 6. Lj. erlitten.

1.2.b. Elternverluste bei den Pbn bis zu ihrem 6. Lebensjahr

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	50 (43,06)	42 (41,33)	32 (39,61)	124
V	0 (6,94)	6 (6,67)	14 (6,39)	20
	50	48	46	144

χ^2 = 17,70 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein stat. bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust bis zum 6. Lebensjahr und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	50 (46,94)	42 (45,09)	92
V	0 (3,06)	6 (2,94)	6
	50	48	98

χ^2 = 5,73 (df=1, p<2%), d.h. bei den neurotischen Pbn finden sich häufiger bis zum 6. Lj. Elternverluste als bei denen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	50 (42,71)	32 (39,29)	82
V	0 (7,29)	14 (6,71)	14
	50	46	96

χ^2 = 16,83 (df=1, p<1%), d.h. bei "schiz." erkrankten Pbn finden sich in sehr sign. Ausmaße häufiger Elternverluste bis zum 6.Lj. als bei Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	42 (37,79)	32 (36,21)	74
V	6 (10,21)	14 (9,79)	20
	48	46	94

X^2 = 4,51 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu neur. erkrankten Pbn haben "Schizophrene" häufiger bis zum 6.Lj. einen Elternverlust erlitten.

1.2.c. Elternverlust bei den Müttern der Pbn bis zu ihrem 6. Lebensjahr

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	47 (44,63)	46 (43,74)	40 (44,63)	133
V	3 (5,37)	3 (5,26)	10 (5,37)	16
	5o	49	50	149

X^2 = 5,96 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust bei den Müttern und Krankheitsbild der Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	47 (46,97)	46 (46,03)	93
V	3 (3,03)	3 (2,97)	6
	50	49	99

Hier erhielten wir keine sign. Resultate.

.2.c. Elternverlust bei den Müttern der Pbn bis zu ihrem 6. Lebensjahr

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	47 (44,63)	46 (43,74)	40 (44,63)	133
V	3 (5,37)	3 (5,26)	10 (5,37)	16
	50	49	50	149

X^2 = 5,96 (df = 2, p<10%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust bei den Müttern und Krankheitsbild der Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	47 (46,97)	46 (46,03)	93
V	3 (3,03)	3 (2,97)	6
	50	49	99

Hier erhielten wir keine sign. Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	47 (43,5)	40 (43,5)	87
V	3 (6,5)	10 (6,5)	13
	50	50	100

X^2 = 3,82 (df=1, p<10%), d.h. Mütter "schiz." Pbn haben bis zum 6. Lj. häufiger einen Elternverlust erlitten als Mütter "norm." Pbn.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	46 (42,57)	40 (43,43)	86
V	3 (6,43)	10 (6,57)	13
	49	50	99

x^2 = 3,68 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Müttern neurotischer Pbn haben die Mütter der "Schiz." häufiger bis zu ihrem 6. Lebensjahr einen Elternverlust erlitten.

1.2.d. Elternverlust bei den Vätern der Pbn bis zu deren 6. Lebensjahr

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	46 (41,5)	38 (39,01)	38 (41,5)	122
V	4 (8,5)	9 (7,99)	12 (8,5)	25
	50	47	50	147

Hier erhielten wir über alle Gruppen gerechnet keine sign. Resultate, jedoch ergab sich bei der Gegenüberstellung der einzelnen Gruppen ein sign. Resultat (wobei diese Ergebnisse mit der nötigen Vorsicht interpretiert werden sollten).

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	46 (43,3)	38 (40,7)	84
V	4 (6,7)	9 (6,3)	13
	50	47	97

Hier ergaben sich keine sign. Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	46 (42)	38 (42)	84
V	4 (8)	12 (8)	16
	50	50	100

X^2 = 4,29 (df=1, p(5%), d.h. in den Familien "schiz." Pbn finden sich bei den Vätern bis zu deren 6. Lj. häufiger Elternverluste, als in denen der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	38 (36,62)	38 (39,18)	76
V	9 (10,18)	12 (10,82)	21
	47	50	97

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Interpretation

Unter den Personen, die selbst oder deren Eltern vor dem 6. Lebensjahr einen Elternverlust erlitten haben, finden sich ebenfalls besonders häufig "schizophrene" Pbn bzw. deren Eltern, womit sich bestätigt, daß für die Entwicklung einer bestimmten psychischen Erkrankung die erlebten Verluste innerhalb einer eingrenzbaren Zeitspanne von Bedeutung sind - wobei gerade in dieser Zeitspanne die Verluste bei den "schizophrenen" Pbn bzw. deren Eltern besonders hoch sind und sich noch signifikanter von

denen der neurotischen Pbn und deren Eltern unterscheiden, als in dem untersuchten Zeitraum bis zum 15. Lebensjahr. Auch kann es durch den Elternverlust zu einem Festhalten an der Symbiose kommen. Jede individuelle Differenzierung des Kindes wird als Bedrohung empfunden und weckt in dem verbleibenden Elternteil tiefe Trennungsängste. Daraus entwickelt sich die Tendenz, Veränderungen nicht wahrzunehmen oder ihre Bedeutung zu negieren. Die Kommunikation wird konsensusorientiert (Reiss 1971). Informationen von "außen" werden verzerrt, verändert und viel schneller vergessen als in "normalen" Familien. Nur so ist es möglich, innerhalb der Familien Konflikte zu vermeiden und ein trügerisches Gefühl der Homöostase zu erhalten.

.a. Elternverluste bei den Pbn und deren Eltern bis zum 3. Lebensjahr und Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	145 (129,20)	130 (129,93)	122 (131,73)	397
V	5 (14,66)	14 (14,07)	24 (14,27)	43
	150	144	146	440

X^2 = 15,65 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch sehr sign. Zusammenhang zwischen Elternverlust bis zum 3. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	145 (140,31)	130 (134,69)	275
V	5 (9,69)	14 (9,31)	19
	150	144	294

X^2 = 4,95 (df=1, p<5%), d.h. bei neurotischen Personen haben Pb, Vater oder Mutter häufiger einen Elternverlust vor dem 3. Lj. erlitten als bei "norm." Personen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	145 (135,3)	122 (131,7)	267
V	5 (14,7)	24 (14,3)	29
	150	146	296

X^2 = 14,39 (df=1, p<1%), d.h. bei "schiz." Personen haben Pb, Vater oder Mutter sehr sign. häufiger bis zum 3. Lj. einen Elternverlust erlitten als bei "normalen" Personen.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	130 (125,13)	122 (126,87)	252
V	14 (18,87)	24 (19,13)	38
	144	146	290

X^2 = 2,88 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu neur. Personen haben bei "schiz." Pb, Vater oder Mutter häufiger bis zum 3. Lj. einen Elternverlust erlitten.

1.3.b. Elternverluste bei den Pbn (bis zum 3. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	50 (45,49)	43 (43,67)	38 (41,85)	131
V	0 (4,51)	5 (4,33)	8 (4,15)	13
	50	48	46	144

X^2 = 7,95 (df=2, p<2%), d.h. Elternverlust bis zum 3. Lj. und Krankheitsbild hängen sign. zusammen.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	50 (47,45)	43 (45,55)	93
V	0 (2,55)	5 (2,45)	5
	50	48	98

X^2 = 4,58 (df=1, p<5%), d.h. neur. Pbn haben häufiger bis zu ihrem 3. Lj. einen Elternverlust erlitten als Pbn aus der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	50 (45,83)	38 (42,17)	88
V	0 (4,17)	8 (3,83)	8
	50	46	96

X^2 = 8,56 (df=1, p<1%), d.h. "Schiz." haben bis zu ihrem 3. Lj. sehr signifikant häufiger einen Elternverlust erlitten als Pbn aus der Norm.-Bev.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	43 (41,36)	38 (39,64)	81
V	5 (6,64)	8 (6,36)	13
	48	46	94

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

1.3.c. Elternverluste bei den Müttern der Pbn (bis zum 3. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	48 (45,64)	46 (44,72)	42 (45,64)	136
V	2 (4,36)	3 (4,28)	8 (4,36)	13
	50	49	50	149

Über alle Gruppen gerechnet ergab sich kein sign. X^2.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	48 (47,47)	46 (46,53)	94
V	2 (2,53)	3 (2,47)	5
	50	49	99

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	48 (45)	42 (45)	90
V	2 (5)	8 (5)	10
	50	50	100

X^2 = 3,45 (df=1, p<10%), d.h. in Familien mit "schiz." Angehörigen läßt sich bei der Mutter häufiger ein Elternverlust bis zu deren 3. Lj. beobachten als in Familien der Norm. Bev.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	46 (43,53)	42 (44,44)	88
V	3 (5,44)	8 (5,56)	11
	49	50	99

Hier ergaben sich keine sign. Differenzen

1.3.d. Elternverluste bei den Vätern der Pbn
(bis zum 3. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	46 (43,88)	41 (41,24)	42 (43,88)	129
V	4 (6,12)	6 (5,76)	8 (6,12)	18
	50	47	50	147

Hier ergaben sich keine sign. Differenzen.

Interpretation

Wie von uns erwartet, finden sich bei den "schizophrenen" Pbn und deren Eltern häufiger Elternverluste in der Kindheit, als bei den Pbn und Eltern der Kontrollgruppen, wobei sich jedoch feststellen läßt, daß die Elternverluste besonders häufig in der Zeit zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr erlitten wurden, und nicht, wie von uns angenommen, während der symbiotischen Phase. Doch läßt sich durchaus auch hier ein Zusammenhang zwischen erlittenem Elternverlust in dieser Phase und der Art der psychischen Erkrankung feststellen.

Im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen haben die Pbn unserer Untersuchungsgruppe häufiger einen Elternverlust

erlitten, wobei sich aus unseren Tabellen ablesen läßt, daß ihre Mütter nicht so häufige Verluste haben hinnehmen müssen wie ihre Kinder. Bei den Vätern lassen sich überhaupt keine Signifikanzen bezüglich der Häufigkeit erlebter Verluste feststellen. Es kann wohl vermutet werden, daß die Eltern in ihrer eigenen frühen Kindheit - zumindest von den äußeren Gegebenheiten her - eine feste Beziehung zu ihren Eltern aufbauen konnten, die aber in der Weise gestört gewesen sein könnte, als eine zu enge emotionale Beziehung vorhanden war, die eine eigenständige Entwicklung erschwerte - Stierlin (1975) schreibt in diesem Zusammenhang:"Wenn altersspezifische Beziehungsmodi entweder unzeitgemäß, zu intensiv oder in inadäquater Verbindung mit anderen auftreten, dann leiden darunter die Entwicklung des Selbst und die wechselseitigen Ablösungsprozesse von Eltern und Kindern." (S.10)

Außerdem findet diese Annahme auch eine Unterstützung durch Hill's "Drei-Generationen-Hypothese"- zu der er ausführt: "... Mütter von Schizophrenen fast ausnahmslos von der Achtung vor ihren eigenen Müttern berichten ... durch ihre Mütter sind sie dazu gebracht worden, die Mutterschaft zu idealisieren- sie glauben an die Göttlichkeit der Mutterschaft"(1955, S. 113).

1.4.a. Mutterverluste bei den Pbn und deren Eltern (bis zum 15 Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	143 (140,31)	142 (139,38)	135 (140,31)	420
V	7 (9,69)	7 (9,62)	15 (9,69)	29
	150	149	150	449

X^2 = 4,67 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Mutterverlust bis zum 15.Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	143 (142,98)	142 (142,02)	285
V	7 (7,02)	7 (6,98)	14
	150	149	299

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	143 (139)	135 (139)	278
V	7 (11)	15 (11)	22
	150	150	300

X^2 = 3,14 (df=1, p<10%), d.h. bei "schizophrenen" Personen haben Pb, Vater oder Mutter häufiger einen Elternverlust (Mutterverlust) vor dem 15. Lj. erlitten, als "normale" Personen.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	142 (138,04)	135 (138,96)	277
V	7 (10,96)	15 (11,04)	22
	149	150	299

X^2 = 3,07 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Personen haben bei "schizophrenen" Personen Pb, Vater oder Mutter häufiger einen Mutterverlust vor dem 15. Lj. erlitten

1.4.b. Mutterverluste bei den Pbn (bis zum 15. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz	
k V	50 (48,67)	50 (48,67)	46 (48,67)	146
V	0 (1,33)	0 (1,33)	4 (1,33)	4
	50	50	50	150

X^2 = 4,81 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein stat. bedeutsamer Zusammenhang zwischen einem Mutterverlust und Art der psych. Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	50	50	100
V	0	0	0

Hier ergaben sich keine sign. Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	50 (48)	46 (48)	96
V	0 (2)	4 (2)	4
	50	50	100

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	50 (48)	46 (48)	96
V	0 (2)	4 (2)	4
	50	50	100

In Tabelle III und IV erhielten wir keine sign. Resultate.

c. Mutterverluste bei den Müttern der Pbn
(bis zum 15. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	46 (46)	49 (46)	43 (46)	138
V	4 (4)	1 (4)	7 (4)	12
	50	50	50	150

X^2 = 4,21 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein stat. bedeutsamer Zusammenhang zwischen Mutterverlust bei den Müttern der Pbn und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	46 (47,5)	49 (47,5)	95
V	4 (2,5)	1 (2,5)	5
	50	50	100

Hier erhielten wir keine sign. Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	46 (44,5)	43 (44,5)	89
V	4 (5,5)	7 (5,5)	11
	50	50	100

Auch hier errechneten wir keine sign. Differenzen.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	49 (46)	43 (46)	92
V	1 (4)	7 (4)	8
	50	50	100

X^2 = 4,21 (df=1, p<5%), d.h. im Vergleich zu Familien mit neur. Angehörigen haben Mütter "Schizophrener" häufiger einen Mutterverlust vor dem 15. Lj. erlitten.

1.4.d. Mutterverluste bei den Vätern der Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	47 (45,64)	43 (44,72)	46 (45,64)	136
V	3 (4,36)	6 (4,28)	4 (4,36)	13
	50	49	50	149

Hier ergaben sich über alle Gruppen gerechnet keine signifikanten Resultate.

.a. Mutterverluste bei den Pbn und deren Eltern (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	147 (142,65)	142 (141,7)	138 (142,65)	427
V	3 (7,35)	7 (7,3)	12 (7,35)	22
	150	149	150	449

X^2 = 5,25 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Mutterverlust vor dem 6. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	147 (144,98)	142 (144,02)	289
V	3 (5,02)	7 (4,98)	10
	150	149	299

Hier erhielten wir keine sign. Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	147 (142,5)	138 (142,5)	285
V	3 (7,5)	12 (7,5)	15
	150	150	300

X^2 = 5,11 (df=1, p<5%), d.h. bei "schizophrenen" Personen haben Pb, Vater oder Mutter signifikant häufiger vor dem 6. Lj. einen Mutterverlust erlitten, als bei Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	142 (139,53)	138 (140,47)	280
V	7 (9,47)	12 (9,53)	19
	149	150	299

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

I.5.b. Mutterverluste bei den Pbn (bis zum 6. Lj.)

Hier sind keine signifikanten Differenzen vorhanden, da nur 3 Pbn aus der Gruppe der "schiz." Erkrankten und 1 Pb aus der Gruppe der Neurotiker einen Mutterverlust vor dem 6. Lj. erlitten haben.

I.5.c. Mutterverluste bei den Müttern der Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	49 (47,33)	49 (47,33)	44 (47,33)	142
V	1 (2,67)	1 (2,67)	6 (2,67)	8
	50	50	50	150

X^2 = 5,52 (df=2, p<10%), d.h. über alle Gruppen gerechnet zeigt sich ein sign. Zusammenhang zwischen Mutterverlust bei den Müttern der Pbn vor dem 6. Lj. und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	49 (49)	49 (49)	98
V	1 (1)	1 (1)	2
	50	50	100

Hier erhielten wir keine sign. Resultate

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	49 (46,5)	44 (46,5)	93
V	1 (3,5)	6 (3,5)	7
	50	50	100

X^2 = 3,19 (df=1, p<10%), d.h. Müttervon "schiz." Pbn haben häufiger einen Mutterverlust vor dem 6. Lj. erlitten, als Mütter der Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	49 (46,5)	44 (46,5)	93
V	1 (3,5)	6 (3,5)	7
	50	50	100

X^2 = 3,19 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu den Müttern neurotischer Pbn haben Mütter "schizophrener" Pbn häufiger einen Mutterverlust vor dem 6. Lj. erlitten.

.5.d. Mutterverluste bei den Vätern der Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	48 (46,64)	43 (45,71)	48 (46,64)	139
V	2 (3,36)	6 (3,29)	2 (3,36)	10
	50	49	50	149

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

1.6.a. Mutterverluste bei den Pbn und ihren Eltern (bis zum 3. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	147 (144,99)	144 (144,02)	143 (144,99)	434
V	3 (5,01)	5 (4,98)	7 (5,01)	15
	150	149	150	449

Hier erhielten wir über alle Gruppen gerechnet kein sign. X^2.

1.6.b. Mutterverluste bei den Pbn (bis zum 3. Lj.)

Hier ergaben sich - wie aus Tabelle 1, Punkt 1.5.b. ableitbar - ebenfalls keine signifikanten Differenzen.

1.6.c. Mutterverluste bei den Müttern der Pbn (bis zum 3. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	49 (48)	49 (48)	46 (48)	144
V	1 (2)	1 (2)	4 (2)	6
	50	50	50	150

Ebensowenig ergaben sich hier sign. Resultate.

1.6.d. Mutterverluste bei den Vätern der Pbn (bis zum 3. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	48 (47,99)	45 (47,03)	50 (47,99)	143
V	2 (2,01)	4 (1,97)	0 (2,01)	6
	50	49	50	149

Hier erhielten wir keine signifikanten Ergebnisse.

Interpretation

Wir gingen von der Annahme aus, daß "schizophrene" Pbn vor allem in den ersten drei Lebensjahren (d.h. während der symbiotischen Phase) Mutterverluste erlitten haben müßten und so durch den Verlust ihres symbiotischen Objektes in der Entwicklung der frühesten Ich-Funktionen behindert würden, die ja grundlegende Elemente der Individuation darstellen. Nun zeigt sich aber in unseren Ergebnissen, daß "schizophren" Erkrankte nicht mehr Mutterverluste erlitten haben als die Pbn unserer Kontrollgruppen, ebensowenig haben die Eltern der "Schizophrenen" signifikant häufiger einen Mutterverlust in den ersten 3 Lebensjahren erlitten.

Unsere Überlegungen gehen nun dahin, daß einerseits die Mütter ihre eigenen, zwischen dem 3. und 15. Lebensjahr erlittenen Elternverluste als traumatische Erfahrungen in der Weise an ihre Kinder weitergeben, daß sie diese in den ersten Lebensjahren besonders eng an sich binden, ihre Verlustängste auf sie projizieren, und ihnen somit eine Loslösung von sich nicht ermöglichen. Dem Kind bleibt in diesem Falle nur möglich, unsicher zu reagieren, vor allem dann, wenn es zu einem späteren Zeitpunkt selbst einen Mutterverlust erleiden muß, da es ihm ja verunmöglicht wurde, sich von der Mutter zu differenzieren.

Andererseits ist gerade dieses Nichtstattfinden der Trennungen ein wichtiger Faktor für die Art der psychischen Erkrankung, denn gerade eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung, also eine Symbiose, in der das Kind festgehalten wird und es fast ausschließlich nur affektiven Kontakt zur Mutter hat, verhindert, daß es eine eigene Identität entwickelt. So bleibt es, wie Searles feststellt, dem Bestreben der wichtigsten Bezugsperson oder -personen ausgesetzt, es verrückt zu machen, was sich

größtenteils unbewußt vollzieht. Dieses unbewußte Agieren liegt wiederum begründet in der Kindheitserfahrung der Primärgruppenmitglieder.

Hieraus ist ersichtlich, daß eine "schizophrene" Reaktion eben nicht ausschließlich durch das familiale Kommunikationsverhalten initiiert wird, sondern schon in den Strukturen und Interaktionsmustern der Familie zu finden ist (Bowen 1969).

7.a. Vaterverluste bei Pbn und Eltern (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	137 (123,81)	120 (119,68)	107 (120,57)	364
V	13 (26,19)	25 (25,32)	39(25,49)	77
	150	145	146	441

X^2 = 16,74 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch sehr bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterverlust vor dem 15. Lj. und Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	137 (130,68)	120 (126,32)	257
V	13 (19,32)	25 (18,68)	38
	150	145	295

X^2 = 4,79 (df=1, p<5%), d.h. im Vergleich zu Personen aus der Normalbevölkerung haben bei neurotischen Personen, Pb, Vater oder Mutter häufiger einen Vaterverlust vor dem 15. Lj. erlitten.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	137 (123,65)	107 (120,35)	244
V	13 (26,35)	39 (25,65)	52
	150	146	296

X^2 = 16,63 (df=1, p<1%), d.h. bei "schizophrenen" Personen haben Pb, Vater oder Mutter in sehr signifikantem Ausmaß häufiger einen Vaterverlust vor dem 15. Lj. erlitten, als bei Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	120 (113,11)	107 (113,89)	227
V	25 (31,89)	39 (32,11)	64
	145	146	291

X^2 = 3,81 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Personen haben bei "schizophrenen" Personen Pb, Vater oder Mutter häufiger einen Vaterverlust vor dem 15.Lj. erlitten.

1.7.b. Vaterverluste bei den Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	49 (40,63)	37 (39)	31 (37,38)	117
V	1 (9,38)	11 (9)	15 (8,63)	27
	50	48	46	144

X^2 = 14,67 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch sehr bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterverlust und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	49 (43,88)	37 (42,12)	86
V	1 (6,12)	11 (5,88)	12
	50	48	98

x^2 = 9,17 (df=1, p<1%), d.h. neurotische Personen haben signifikant häufiger einen Vaterverlust vor dem 15. Lj. erlitten, als Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	49 (41,67)	31 (38,33)	80
V	1 (8,33)	15 (7,67)	16
	50	46	96

x^2 = 16,06 (df=1, p<1%), d.h. "Schizophrene" haben in hochsignifikantem Maße häufiger einen Vaterverlust vor dem 15. Lj. erlitten als "Normale".

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	37 (34,72)	31 (33,28)	68
V	11 (13,28)	15 (12,72)	26
	48	46	94

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

1.7.c. Vaterverluste bei den Müttern der Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	3 (4,95)	41 (41,11)	41 (41,95)	125
V	7 (8,05)	8 (7,89)	9 (8,05)	24
	10	49	50	149

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir hier keine signifikanten Resultate.

1.7.d. Vaterverluste bei den Vätern der Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	45 (41,22)	42 (39,57)	35 (41,22)	122
V	5 (8,78)	6 (8,43)	15 (8,78)	26
	50	48	50	148

X^2 = 778 (df=2, p<5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen einem Vaterverlust vor dem 15. Lj. bei den Vätern der Pbn und der Art der psych. Erkrankung bei den Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	45 (44,39)	42 (42,61)	87
V	5 (5,61)	6 (5,39)	11
	50	48	98

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	45 (40,00)	35 (40,00)	80
V	5 (10,00)	15 (10,00)	20
	50	50	100

X^2 = 6,26 (df=1, p<2%), d.h. Väter "schizophren" erkrankter Personen haben signifikant häufiger einen Vaterverlust vor dem 15. Lj. erlitten als Väter der Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	42 (37,71)	35 (39,29)	77
V	6 (10,29)	15 (10,71)	21
	48	50	98

X^2 = 4,47 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu den Familien mit neurotischen Angehörigen finden sich in denen "Schizophrener" bei den Vätern häufiger Vaterverluste vor dem 15. Lj..

Interpretation

Auffallend erscheint uns, daß die Mutterverluste im Vergleich zu den Vaterverlusten viel geringer sind als wir es erwartet hatten. Somit scheinen Vaterverluste in der Kindheit von ausschlaggebenderer Bedeutung zu sein, als von uns angenommen. Wir erklären uns die Tatsache, daß sich in den Familien "schizophren" Erkrankter häufiger Vaterverluste finden dahingehend, daß das Fehlen des

Vaters das innere Gefüge der Familie aus dem Gleichgewicht bringt, denn trotz allen Autoritätsverlustes, den der Mann in unserer Gesellschaft erlitten hat, ist er für den Schutz der Mutter-Kind-Dyade mitverantwortlich. Entzieht er sich der Verantwortung, indem er weggeht, so fällt es der Mutter schwer, sich des Kindes wirklich anzunehmen.

Für eine gesunde Entwicklung des Kindes ist nach Gisela Ammon (1973) wichtig, daß die Mutter sich in ihrer Rolle als Mutter anerkannt und sicher fühlt.

Die Bindung zwischen Mutter und Kind wird nach dem Verlust des Vaters in der Weise enger gestaltet, als daß die Mutter eine übertriebene Fürsorglichkeit (overprotectiveness) entwickelt, die das Kind zu einer völligen Abhängigkeit zwingt (Lu, 1961). Sie erwartet von dem Kind für dieses Verhalten Dankbarkeit, doch das Kind kann diesen gefühlsmäßigen Erwartungen nicht gerecht werden. Es wird entweder von ihrem Bedürfnis nach Nähe, Zuwendung etc. "erdrückt" oder durch das widersprüchliche Verhalten (Annahme und Wegstoßen) der Mutter in seinem Beziehungsverhalten irritiert. Es kommt in eine Situation, die Weakland und Jackson (1958) als Ilusion der Alternativen bezeichnen. Ganz egal, wie sich das Kind zwischen diesen zwei Alternativen entscheidet, es wird jedesmal falsch sein. Es sieht sich ständig widersprüchlichen Botschaften konfrontiert, die aufgrund von Verschleierung oder Verleugnung oder auch deshalb, weil die Botschaften auf verschiedenen Ebenen gegeben werden, für das Kind nicht so leicht als solche erkennbar sind (Watzlawick, 1969).

Dieser Weg kann solange begangen werden, bis es zu einer "Ich-Diffusion" (Erikson 1959) kommt. Diese

Diffusion ereignet sich häufig während der Pubertät, die ja große Anforderungen an die sexuelle und existentielle Identität stellt.

Zudem geht mit dem Verlust des Vaters dem Sozialisationsprozeß jenes Identifikationsobjekt verloren, das dem heranwachsenden Individuum gerade aufgrund der Strenge seiner Vorbildwirkung den Erwerb einer stabilen Ich-Identität ermöglichte; denn mit der gelungenen Verinnerlichung der durch den Vater repräsentierten Realität, war zugleich die Chance gegeben, sich mit den Prinzipien dieser Realität reflektierend auseinanderzusetzen und dabei die Fähigkeiten kritischer Ich-Autonomie zu gewinnen. Die Verlagerung der Autorität nach innen,"... gibt prizipiell die Möglichkeit, sich mit der Autorität auseinanderzusetzen, sie dialektisch zu prüfen, lange ehe Änderungen in ihrem Profil in Aussicht stehen (Mitscherlich, 1973, S. 243)".

1.8.a. Vaterverluste bei Pbn und Eltern (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	146 (136,76)	134 (132,18)	122 (133,09)	402
V	4 (13,27)	11 (12,82)	24 (12,91)	39
	150	145	146	441

X^2 = 17,16 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch sehr bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterverlust vor dem 6. Lj. und der Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	146 (142,37)	134 (137,63)	280
V	4 (7,63)	11 (7,37)	15

X^2 = 3,26 (df=1, p<10%), d.h. bei neur. Personen haben Pb, Vater oder Mutter häufiger bis zum 6. Lj. einen Vaterverlust erlitten als bei Personen aus der N.-Bev.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	146 (135,80)	122 (132,19)	268
V	4 (14,19)	24 (13,81)	28
	150	146	296

X^2 = 15,69 (df=1, p<1%), d.h. bei "schiz." Personen haben Pb, Vater oder Mutter sehr signifikant häufiger bis zum 6. Lj. einen Vaterverlust erlitten als bei "normalen" Personen.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	134 (127,56)	122 (128,44)	256
V	11 (17,44)	24 (17,56)	35
	145	146	291

X^2 = 5,39 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu neurotisch erkrankten Personen haben bei "schiz." erkrankten Personen Pb, Vater oder Mutter häufiger bis zum 6. Lj. einen Vaterverlust erlitten.

3.b. Vaterverluste bei den Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	50 (44,44)	42 (42,67)	36 (40,89)	128
V	0 (5,56)	6 (5,33)	10 (5,11)	16

X^2 = 10,64 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterverlust und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	50 (46,94)	42 (45,06)	92
V	0 (3,06)	6 (2,94)	6
	50	48	98

X^2 = 5,73 (df=1, p<10%), d.h. Neurotiker haben häufiger einen Vaterverlust vor dem 6. Lj. erlitten als "Normale".

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	50 (44,79)	36 (41,21)	86
V	0 (5,21)	10 (4,79)	10
	50	46	96

X^2 = 11,2 (df=1, p<1%), d.h. "Schizophrene" haben sehr signifikant häufiger einem Vaterverlust vor dem 6. Lj. erlitten als "Normale".

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	42 (39,93)	36 (38,17)	78
V	6 (8,17)	10 (7,83)	16
	48	46	94

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

1.8.c. Vaterverluste bei den Müttern der Pbn (bis zum 6.Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	48 (47,32)	47 (46,37)	46 (47,32)	141
V	2 (2,68)	2 (2,63)	4 (2,68)	8
	50	49	50	149

Hier ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse.

1.8.d. Vaterverluste bei den Vätern der Pbn (bis zum 6.Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	48 (44,93)	45 (43,14)	40 (44,95)	133
V	2 (5,07)	3 (4,86)	10 (5,07)	15
	50	48	50	148

χ^2 = 7,3 (df=2, p<5%), d.h. es besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen Verlust des Vaters vor dem 6. Lj. bei den Vätern der Pbn und deren Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	48 (47,45)	45 (45,55)	93
V	2 (2,55)	3 (2,45)	5
	50	48	98

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	48 (44)	40 (44)	88
V	2 (6)	10 (6)	12
	50	50	100

X^2 = 5,43 (df=1, p<2%), d.h. in den Familien "schizophrener" findet sich bei den Vätern häufiger ein Vaterverlust vor dem 6. Lj. als in den Familien "Normaler".

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	45 (41,63)	40 (43,37)	85
V	3 (6,37)	10 (6,63)	13
	48	50	98

X^2 = 3,53 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Vätern neurotischer Pbn haben Väter "schiz." Pbn häufiger vor dem 6. Lj. einen Vaterverlust erlitten.

Interpretation

Hier zeigt sich ein noch deutlicherer Zusammenhang zwischen Vaterverlust und Art der psychischen Erkrankung, so daß wir annehmen, daß der Verlust des Vaters gerade in den ersten Lebensjahren (und hier vor allem in der ödipalen Phase)von eminenter Bedeutung ist. Es scheint, daß der Verlust gerade in dieser Zeitspanne das Kind in seiner Identität völlig verunsichert bzw. eine stabile Identitätsentwicklung gar nicht zuläßt, da ja einerseits der Vater als Identitätsobjekt fehlt, zum anderen die Mutter keinen"Freiraum" für die Persönlichkeitsentwicklung läßt.

1.9.a. Vaterverluste in den ersten 3 Lebensjahren bei Pbn und Eltern

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	148 (140,48)	136 (135,79)	129 (136,73)	413
V	2 (9,52)	9 (9,21)	17 (9,27)	28
	150	145	146	441

X^2 = 12,47 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Krankheitsbild und Vaterverlust bis zum 3. Lj.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	148 (144,41)	136 (139,99)	284
V	2 (5,59)	9 (5,41)	11
	150	145	295

X^2 = 4,28 (df=1, p<5%), d.h. bei neurotischen Personen findet sich häufiger bei Pb, Vater oder Mutter bis zum 3. Lj. ein Vaterverlust als bei "norm." Personen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	148 (140,37)	129 (136,63)	277
V	2 (9,63)	17 (9,37)	19
	150	146	296

X^2 = 12,33 (df=1, p<1%), d.h. bei "schizophrenen" Personen finden sich bei Pb, Vater oder Mutter in sehr sign. Maße häufiger Vaterverluste bis zum 3. Lj. als bei Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	136 (132,04)	129 (132,96)	265
V	9 (12,96)	17 (13,04)	26
	145	146	291

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

.b. Vaterverluste bei den Pbn (bis zum 3. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	50 (46,53)	44 (44,67)	40 (42,81)	134
V	0 (3,47)	4 (3,33)	6 (3,19)	10
	50	48	46	144

X^2 = 5,6 (df= 2, p<10%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterverlust bis zum 3. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	50 (47,96)	44 (46,04)	94
V	0 (2,04)	4 (1,96)	4
	50	48	98

X^2 = 3,01 (Df= 1, p<10%), d.h. bei neurotischen Pbn ist häufiger ein Vaterverlust bis zum 3. Lj. zu beobachten, als bei Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	50 (46,88)	40 (43,13)	90
V	0 (3,13)	6 (2,88)	6
	50	46	96

X^2 = 6,03 (df=1, p<2%), d.h. "schiz." Pbn haben häufiger bis zu ihrem 3. Lj. einen Vaterverlust erlitten als "norm." Pbn.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	44 (42,89)	40 (41,11)	84
V	4 (5,11)	6 (4,89)	10

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

1.9.c. Vaterverluste bei den Müttern der Pbn (bis zum 3. Lj.)

Aufgrund zu geringer Häufigkeiten war hier keine Auswertung möglich.

1.9.d. Vaterverluste bei den Vätern der Pbn (bis zum 3. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	48 (45,95)	46 (44,11)	42 (45,95)	136
V	2 (4,05)	2 (3,89)	8 (4,05)	12
	50	48	50	148

X^2 = 5,45 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterverlust bei den Vätern der Pbn bis zum 3. Lj. und dem Krankheitsbild des Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	48 (47,96)	46 (46,04)	94
V	2 (2,04)	2 (1,96)	4
	50	48	98

Hier ergaben sich keine signifikanten Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	48 (45)	42 (45)	90
V	2 (5)	8 (5)	10
	50	50	100

X^2 = 3,45 (df=1, p<10%), d.h. bei "schiz." Pbn haben die Väter bis zu ihrem 3. Lj. häufiger einen Vaterverlust erlitten als bei Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	46 (43,1)	42 (44,9)	88
V	2 (4,9)	8 (5,1)	10
	48	50	98

X^2 = 3,45 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Pbn haben die Väter "schiz." Pbn häufiger bis zum 3. Lj. einen Vaterverlust erlitten.

Interpretation

In den ersten drei Lebensjahren führt, nach diesen Ergebnissen, ein Vaterverlust sehr häufig zu einer psychischen Erkrankung, wobei hier aber noch nicht auf die Art derselben geschlossen werden kann, sondern "nur" feststellbar ist, daß der Verlust des Vaters in der frühen Kindheit in signifikantem Maße psychische Störungen konstituiert.

.10.a. Elternverluste bei Pbn und Eltern (zwischen dem 3. und 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	149 (150,00)	136 (137,45)	135 (139,36)	420
V	1 (6,82)	8 (6,55)	11 (6,64)	20
	150	144	146	440

X^2 = 7,49 (df=2, p<5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust im Zeitraum 3.-6. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	149 (150,00)	136 (139,55)	285
V	1 (4,59)	8 (4,41)	9
	150	144	294

X^2 = 5,10 (df=1, p<5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust im Zeitraum 3.-6. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	149 (143,92)	135 (140,08)	284
V	1 (6,08)	11 (5,92)	12
	150	146	296

X^2 = 8,17 (df=1, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust im Zeitraum 3.-6. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	136 (134,57)	135 (136,49)	271
V	8 (9,43)	11 (9,57)	19
	144	146	290

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

.b. Elternverluste bei den Pbn (zwischen dem 3. und 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k V	50 (47,57)	47 (45,67)	40 (43,76)	137
V	0 (2,43)	1 (2,33)	6 (2,24)	7
	50	48	46	144

X^2 = 8,62 (df=2, p<2%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternverlust und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k V	50 (49,49)	47 (47,51)	97
V	0 (o,51)	1 (0,49)	1
	50	48	98

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k V	50 (46,88)	40 (43,13)	90
V	0 (3,13)	6 (2,88)	6
	50	46	96

X^2 = 6,03 (df=1, p(2%), d.h. "schiz." Pbn haben zwischen dem 3. und 6. Lj. häufiger einen Elternverlust erlitten als "norm." Pbn.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k V	47 (44,43)	40 (42,57)	87
V	1 (3,57)	6 (3,43)	7
	48	46	94

X^2 = 3,44 (df=1, p(10%), d.h. auch im Vergleich zu neur. Pbn haben "Schizophrene" zwischen ihrem 3. und 6. Lj. häufiger einen Elternverlust erlebt.

Interpretation

Bei den Müttern und Vätern der Pbn ließen sich keine signifikanten Häufungen von Elternverlusten zwischen dem 3. und 6. Lj. feststellen. Ebensowenig ergaben sich bei Pbn und Eltern signifikante Resultate bezüglich erlebter Elternverluste zwischen dem 6. und 15. Lj.

Zur besseren Veranschaulichung fügen wir im Anhang noch eine Tabelle bei, die den Zeitpunkt der Elternverluste und des Elternersatzes differenzierter darstellt. Außerdem führen wir die Familien, in denen bei Pbn, Vater oder Mutter Elternverluste zu beobachten sind, noch einmal im Anhang gesondert auf.

Um einen Eindruck von der Entwicklung unserer Pbn hin zur psychischen Erkrankung zu vermitteln, möchten wir an dieser Stelle ebenfalls einige "Fallbeschreibungen" einfügen, die wir unverändert, wenn auch ein wenig gekürzt, mit Einverständnis der zuständigen Ärzte, den Krankenhausakten entnommen haben.

Wenn es damit auch kaum möglich wird, die besondere, spezifische-und doch durch ihre Faktorenvielfalt kaum faßbare-Familienumwelt auch nur einigermaßen prägnant zu charakterisieren, so machen sie doch deutlich, daß die Krankheit mit einem System interaktioneller Abläufe zusammenhängt, das wiederum nicht am Individuum, sondern an der Gesamtheit der Primärgruppe haftet und nur aus diesem heraus verstanden werden kann.

Gleichzeitig stehen diese "Fallbeschreibungen" aber auch für die - bereits in Kap. 3.2. beschriebene - in der psychiatrischen Praxis der BRD (und auch anderer Länder) betriebene Etikettierung und "Symptombeschreibung" einer "Krankheit", deren Existenz in dieser Form

ganz entschieden in Frage gestellt werden muß. Feststellungen über "Umtriebigkeit", Personenverkennung", "gereizte" oder "gehobene Stimmungslage" können doch keine unbezweifelbaren, absoluten oder womöglich relativ objektive Urteile sein- sie sind einfach in hohem Maße funktionell und funktionieren entsprechend auch im System der psychiatrischen Anstalten.

Außerdem geht aus ihnen erschreckend deutlich das eigentliche Ziel der psychiatrischen Behandlung hervor, nämlich den Patienten so schnell wie möglich wieder zu einem funktionierenden Mitglied der arbeitenden Bevölkerung zu machen.

KG 1
Abschl. Diagnose: Endogene Psychose mit Persönlichkeitsdefekt. Ungünstige soziale Umweltverhältnisse.

Fräulein H. erkrankte Anfang 1974 an einer akuten paranoid-halluzinatorischen Psychose, die bereits zu einem Persönlichkeitsdefekt geführt hat. Sie stammt aus denkbar ungünstigen Familienverhältnissen. Der Vater ist ein einfach strukturierter Mann mit querulatorischen Zügen, der sich gegen die Einsicht zur Krankheit seiner Tochter wehrt. Die Mutter der Pat. starb, als diese vier Jahre alt war. Fräulein H. wurde zunächst von einer Tante großgezogen und wurde, nachdem der Vater wieder geheiratet hat, von ihm nach Hause geholt, was zu Auseinandersetzungen zwischen der Tante und dem Vater führte. Sie besuchte die Realschule, die sie jedoch nicht abschloß, da sie mit 15 Jahren an einer Hepatitis erkrankte. Sie habe früh angefangen, Alkohol zu trinken. Es besteht auch der Verdacht auf Drogeneinnahme. Sie besuchte dann noch die Handelsschule und begann eine Ausbildung als Großhandelskaufmann, die sie nach anderthalb Jahren abbrach. Mit 18 Jahren trieb sie sich in Vergnügungsvierteln herum, lernte schließlich einen psychisch sehr

auffälligen Medizinstudenten kennen, von dem sie ein jetzt zweijähriges Kind hat. Dieses Kind lebt bei ihren Eltern, Vormund ist die Jugendbehörde.

KG 2

Diagnose: Endogene Psychose

Der Vater der Patientin, von Beruf kaufmännischer Angestellter, befand sich 1942 ein Jahr wegen einer manisch-depressiven Erkrankung in einer psychiatrischen Klinik. Die Mutter verstarb, als die Patientin acht Jahre alt war. Der Vater heiratete ein Jahr nach dem Tode seiner Frau wieder, was die Patientin als sehr schmerzlich empfand. Nach Abschluß der Volksschule besuchte sie ein Jahr die Hauswirtschaftsschule und lernte in Abendkursen Stenographie und Schreibmaschine. Mit 16 Jahren heiratete sie einen 21-jährigen Laboranten, um, wie sie sagte, von zu Hause wegzukommen. Sie arbeitete zunächst als Schreibkraft im Betrieb ihres Mannes, zuletzt als Schreibkraft in einer Firma für Flugzeugbau. Die ersten ehelichen Konflikte traten während ihrer Schwangerschaft mit 18 Jahren auf; der Ehemann habe angefangen zu trinken und sie dann geschlagen und mit Fußtritten traktiert. Mehrfach erwog die Patientin die Scheidung. Im Verlauf dieser Ehekrisen traten bei ihr endogen psychotische Episoden auf (wohl eher phasisch als prozeßhaft) mit großer Umtriebigkeit, gehobener bis gereizter Stimmung, Personenverkennung, auch halluzinatorischen Erlebnissen. Die erste stationäre Einweisung erfolgte 1971. Nach der Entlassung - ein halbes Jahr später - zog die Patientin zu Hause aus, nahm sich ein eigenes Zimmer, wo sie sich nach einem eintägigen Arbeitsversuch zurückzog und die ganze Zeit im Bett verbrachte. Ca. ein Jahr später erfolgte die zweite stationäre Einweisung. Im Verlauf des folgenden Jahres nahm sie dann mehrere demonstrativ wirkende Suizidversuche vor: Strangulation, Trinken von Essigwasser, angeblich auch Schlucken von WC-Reinigungsmittel, ohne daß

dabei jedoch Verätzungen nachgewiesen wurden.

Seit einem halben Jahr sind nun bei ihr gute Fortschritte in der Behandlung zu beobachten. In der Beschäftigungstherapie besserte sich ihre praktische Geschicklichkeit, damit wuchs auch ihre Neigung für handwerkliche Arbeiten. Vor allem nahm sie mit gutem Erfolg an einem Schreibmaschinenkursus teil, wo sie eine der beständigsten und fleißigsten Kursteilnehmerinnen war. Paranoid-halluzinatorische Inhalte wurden von ihr nicht mehr angegeben. Positiv wirkte sich wohl auch in letzter Zeit die Freundschaft zu einem Patienten aus. Sie pflegt sich mehr, achtete konsequent auf ihr Gewicht, war ausgeglichener und kontaktfreudiger. Wir denken, daß die Patientin bei ihrem jetzigen guten Allgemeinbefinden blad wieder als vollwertige Schreibkraft eingesetzt werden kann.

KG 3

Diagnose: Neurotische Depression

F.A. Vater im Dezember 1975 an Blasenkarzinom zu Hause verstorben. Keine psychiatrische Erkrankung in der Familie.

E.A. Als Kind Diphterie und übliche Kinderkrankheiten. Appendektomie, Varizen-OP. Unter Typhusverdacht 4 Wochen in stationärer Behandlung (1974). Danach häufiger Abszesse. Ambulante Behandlung in einer psychotherapeutischen Station eines psychiatrischen Krankenhauses.

Jetzt: Seit 1974 mehrere demonstrative Suizidversuche mit Tabletten. 1974 nach Scheitern bei einer Krankenpflegeausbildung im Februar und Dezember 1975 aus dem Gefühl der Kränkung und des Alleingelassenseins heraus demonstrativer Suizidversuch mit Tabletten. Ambulante Behandlung. Im Dezember 1975 - unmittelbar nach dem Tod des Vaters - wegen Weinkrämpfen und Versuchen, aus dem Fenster zu springen, von jüngerem Bruder in Psych.-Klinik gebracht. Baldige Entlassung.

Biographie: 1950 Heirat der Eltern, 1952 Geburt des Patienten. Über die Geburt und frühkindliche Entwicklung gibt es nichts besonderes zu erfahren. Der jüngere Bruder ist nach Angaben der Mutter nicht verzogen worden, besitze aber einen besseren Charakter. Zwischen Patient und Vater soll eine Haßliebe bestanden haben, nach Aussage der Mutter. Zuletzt habe der Patient den Vater zu Hause aufopfernd gepflegt.

Nach dem Volksschulabschluß hat der Patient eine kaufmännische Lehre absolviert, danach ein Jahr lang in der Krankenpflege gearbeitet, dort sei er als ungeeignet aus der Lehre entlassen worden. Seit dieser Zeit hat er nur noch "Idiotenarbeiten" gemacht.

Psychopathologischer Befund: Patient beklagt sich, daß er keine Freunde hat und in keine Gesellschaft paßt. Bei der Mutter wird eine depressive neurotische Störung deutlich. Sie ist frustriert, weil sie doch jetzt was von ihren Söhnen haben will. Sie äußert gleichzeitig Schuldgefühle, in der Erziehung ihrer Söhne versagt zu haben. Starke Ambivalenz im Verhalten der Mutter gegenüber dem Sohn bzw. umgekehrt wird deutlich.

Bei dem Patienten handelt es sich um eine depressive Neurose mit narzißtischen Zügen. Narzißtische Persönlichkeit bei niedriger Frustrationstoleranz (Defektpersönlichkeit).

Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zu den Verlusten

Gleichgültig, ob Personenverluste durch Tod, Scheidung oder Trennung bedingt sind, sie stellen bedeutsame Veränderungen in der Familienkonstellation eines Menschen dar und beeinflussen die Lebenserfahrungen und Verhaltensweisen aller Familienmitglieder.

Dieser Personenverlust in einer bestimmten Zeitspanne trifft eine Familie früher, eine andere später; manche Mitglieder einer Familie in der frühen Kindheit, manche in einem späteren Alter. Es kann mit Sicherheit angenommen werden, daß diese Varianten von Personenverlusten unterschiedliche Wirkungen haben, die Lebenssituation einer Familie auf eine spezifische Art verändern und Anlaß zu bestimmten Lebenserfahrungen geben.

In den bisherigen Untersuchungen zur Auswirkung von Personenverlusten wurde vorrangig auf die Bedeutsamkeit der Mutter-Kind-Beziehung und der pathogenen Folgen bei Mutter-Kind-Trennungen hingewiesen. Die Resultate unserer Untersuchung lassen jedoch besonders die Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit einer guten Vater-Kind-Beziehung für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit erkennen. Wie aus unseren Tabellen ersichtlich, finden sich überaus häufig Vaterverluste bei „schizophren" Erkrankten. Wir erklären uns die pathogene Wirkung von Vaterverlusten so, daß durch diesen Verlust das innere Gefüge einer Familie und damit die Befindlichkeit der Familienmitglieder gestört wird. Es ist möglich, daß einmal die Mutter ihre Gefühle, die sonst dem Vater gegolten hatten, auf das Kind projiziert und von diesem eine Reaktion entsprechend der bisher vom Vater gezeigten erwartet, die das Kind aber natürlich nicht

leisten kann, aufgrund seines psychischen Entwicklungsstandes. Die Mutter kann aber auch den Verlust des Vaters als persönliche Kränkung durch diesen empfinden und nun ihre Gefühle des Hasses auf das Kind übertragen, wobei sie diese jedoch nicht offen zeigen kann, aufgrund von Schuldgefühlen, so daß sie in ihren Umgangsformen dem Kind gegenüber sehr ambivalent entgegentritt. Aus dieser Beziehungsundeutlichkeit heraus (double-bind) wird das Kind mit Unsicherheit und Angst nicht nur in dieser Beziehung reagieren, sondern auch in allen weiteren Außenbeziehungen (z.B. Freunde, Partner). Wesentlich erscheint uns die Wichtigkeit des Vorhandenseins des Vaters vor allem um das 3. - 6. Lebensjahr herum zu sein, seine Wichtigkeit als Identifikationsobjekt, durch dessen Präsenz sich die eigene Identität ausdifferenzieren kann. Denn gerade bei den „schizophren" Erkrankten finden sich in hohem Maße Vaterverluste während dieses Zeitabschnittes - auch bei den weiblichen Probanden, für die ja aber der Vater für die Identitätsfindung ebenso wichtig ist, wie für den Jungen.

2. Ersatz für verlorene Elternteile

2.1.a. Ersatz für verlorene Elternteile bei Pbn und Eltern bis zum 15. Lj.

a= kein Elternersatz
b= Elternersatz

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	144 (131)	136 (131)	113 (131)	393
b	6 (19)	14 (19)	37 (19)	57
	150	150	150	450

X^2 = 31,21 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen Elternersatz bei Pbn und deren Eltern und der Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	144 (140)	136 (140)	280
b	6 (10)	14 (10)	20
	150	150	300

X^2 = 3,42 (df=1, p<10%), d.h. bei neurotischen Pbn haben die Pbn selbst, deren Väter oder Mütter häufiger Ersatz für einen verlorenen Elternteil gehabt als Personen der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	144 (128,5)	113 (128,5)	257
b	6 (21,5)	37 (21,5)	43
	150	150	300

X^2 = 26,08 (df=1, p<1%), d.h. bei "schizophren" erkrankten Personen haben Pb, Vater oder Mutter in sehr signifikantem Maße häufiger einen Ersatz für verlorene Elternteile gehabt als Personen der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	136 (124,5)	113 (124,5)	249
b	14 (25,5)	37 (25,5)	51
	150	150	300

X^2 = 12,5 (df=1, p<1%), d.h. auch im Vergleich zwischen neurotischen und "schizophrenen" Personen haben "schizophren" Erkrankte und deren Väter und Mütter sehr signifikant häufiger Ersatz für verlorene Elternteile gehabt.

2.1.b Elternersatz bei den Pbn (bis zu deren 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	50 (43,67)	45 (43,67)	36 (43,67)	131
b	0 (6,33)	5 (6,33)	14 (6,33)	19
	50	50	50	150

X^2 = 17,25 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternersatz bei den Pbn und der Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	50 (47,5)	45 (47,5)	95
b	0 (2,5)	5 (2,5)	5
	50	50	100

X^2 = 4,36 (df=1, p<5%), d.h. neurotische Pbn haben häufiger einen Elternersatz gehabt als Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	50 (43)	36 (43)	86
b	0 (7)	14 (7)	14
	50	50	100

X^2 = 15,32 (df=1, p<1%), d.h. "schiz." Pbn haben in sehr signifikantem Maße häufiger einen Elternersatz gehabt als Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	45 (40,5)	36 (40,5)	81
b	5 (9,5)	14 (9,5)	19
	50	50	100

X^2 = 5,26 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Pbn haben "Schizophrene" häufiger einen Elternersatz gehabt.

c. Elternersatz bei den Müttern der Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	47 (45)	47 (45)	41 (45)	135
b	3 (5)	3 (5)	9 (5)	15
	50	50	50	150

X^2 = 4,64 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein Zusammenhang zwischen Elternersatz bei den Müttern der Pbn und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	47	47	94
b	3	3	6
	50	50	100

Hier ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	47 (44)	41 (44)	88
b	3 (6)	9 (6)	12
	50	50	100

X^2 = 2,94 (df=1, p<10%), d.h. Mütter "schiz." Pbn haben häufiger einen Elternersatz gehabt als Mütter von Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	47 (44)	41 (44)	88
b	3 (6)	9 (6)	12
	50	50	100

X^2 = 2,94 (df=1, p<10%), d.h. auch gegenüber Müttern neurotischer Pbn haben Mütter von "Schizophrenen" häufiger einen Elternersatz gehabt.

2.1.d. Elternersatz bei den Vätern der Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	47 (42,33)	44 (42,33)	36 (42,33)	127
b	3 (7,67)	6 (7,67)	14 (7,67)	23
	50	50	50	150

X^2 = 9,39 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Elternersatz bei den Vätern der Pbn und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	47 (45,5)	44 (45,5)	91
b	3 (4,5)	6 (4,5)	9
	50	50	100

Hier errechneten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	47 (41,5)	36 (41,5)	83
b	3 (8,5)	14 (8,5)	17
	50	50	100

X^2 = 7,96 (df=1, p<1%), d.h. Väter "schizophrener" Pbn haben häufiger vor ihrem 15. Lj. einen Elternersatz gehabt als Väter von Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	44 (40)	36 (40)	80
b	6 (10)	14 (10)	20
	50	50	100

X^2 = 4 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu Vätern neurotischer Pbn haben Väter "schiz." Pbn häufiger vor ihrem 15. Lj. einen Elternersatz gehabt.

Interpretation

Daß sich bei den Pbn und Eltern der Untersuchungsgruppe gehäufter Ersatz für verlorene Elternteile findet, ist schon von daher erklärbar, daß diese ja auch wesentlich häufiger einen Elternverlust erlitten haben.

Durch die Tatsache, daß die Mütter der Pbn erneut Beziehungen zu einem anderen Partner eingehen, werden sie zwangsläufig dem Kind einen Teil ihrer bisher in extremem Maße zugewandten Fürsorge, Zuwendung und Liebe entziehen. Das Kind wird durch das Verhalten der Mutter wiederum stark verunsichert und eher mit Rückzug und Abkapselung reagieren.

2.2.a. Elternersatz bei Pbn und Eltern (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	149 (140,33)	141 (140,33)	131 (140,33)	421
b	1 (9,67)	9 (9,67)	19 (9,67)	29
	150	150	150	450

X^2 = 17,21 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Elternersatz in den ersten 6 Lj. und Art der psych. Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	149 (145)	141 (145)	290
b	1 (5)	9 (9)	10
	150	150	300

X^2 = 5,87 (df=1, p<2%), d.h. Neurotiker haben sign. häufiger einen Elternersatz erlebt als "Normale".

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	149 (140)	131 (140)	280
b	1 (10)	19 (10)	20
	150	150	300

X^2 = 16,48 (df=1, p<1%), d.h. auch "Schiz." haben in sehr signifikantem Maße häufiger einen Elternersatz erlebt als "Normale".

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	141 (136)	131 (136)	272
b	9 (14)	19 (14)	28
	150	150	300

X^2 = 4,96 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu Neurotikern haben "Schiz." und ihre Eltern häufiger einen Elternersatz in den ersten 6 Lj. erlebt.

.b. Elternersatz bei den Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	50 (45,33)	46 (45,33)	40 (45,33)	136
b	0 (4,67)	4 (4,67)	10 (4,67)	14
	50	50	50	150

X^2 = 10,93 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Elternersatz vor dem 6. Lj. und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	50 (48)	46 (48)	96
b	0 (2)	4 (2)	4
	50	50	100

Hier ergaben sich keine sign. Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	50 (45)	40 (45)	90
b	0 (5)	10 (5)	10
	50	50	100

x^2 = 10,17 (df=1, p<1%), d.h. "schiz." Pbn haben häufiger einen Elternersatz vor dem 6. Lj. gehabt als Pbn aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	46 (43)	40 (43)	86
b	4 (7)	10 (7)	14
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

.2.c. Elternersatz bei den Müttern der Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	50 (48,33)	49 (48,33)	46 (48,33)	145
b	0 (1,67)	1 (1,67)	4 (1,67)	5
	50	50	50	150

Hier erhielten wir keine sign. Resultate.
Auch bei Differenzierung in Mutter - bzw. Vaterersatz zu den einzelnen Lebensaltern ergaben sich keine sign. Unterschiede.

2.d. Elternersatz bei den Vätern der Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	49 (46)	46 (46)	43 (46)	138
b	1 (4)	4 (4)	7 (4)	12
	50	50	50	150

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Interpretation

Auch in der Zeit zwischen dem 1. und 6. Lj. finden sich vor allem bei "Schizophrenen" und deren Eltern öfter Ersatzpersonen für verlorene Elternteile, wobei die Eltern der Pbn im Gegensatz zur Zeit bis zum 15. Lj. in ihrer frühen Kindheit kaum eine elterliche Ersatzperson bekamen, was wiederum bedeutet, daß diese über einen längeren Zeitraum in unvollständigen Familien lebten und also länger in enger symbiotischer Beziehung mit dem vorhandenen Elternteil lebten.

2.3.a. Mutterersatz bei Pbn und Eltern (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	147 (143)	145 (143)	137 (143)	429
b	3 (7)	5 (7)	13 (7)	21
	150	150	150	450

X^2 = 8,12 (df=2, p<2%), d.h. es besteht ein sign. Zusammenhang zwischen Mutterersatz bis zum 15. Lj. und Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	147 (146)	145 (146)	292
b	3 (4)	5 (4)	8
	150	150	300

Hier erhielten wir keine sign. Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	147 (142)	137 (142)	284
b	3 (8)	13 (8)	16
	150	150	300

X^2 = 6,02 (df=1, p<2%), d.h. "Schizophrene" haben bis zum 15. Lj. häufiger einen Mutterersatz erlebt als Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	145 (141)	137 (141)	282
b	5 (9)	13 (9)	18
	150	150	300

X^2 = 3,78 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Pbn und deren Eltern haben "schizophren" Erkrankte und ihre Eltern bis zu ihrem 15. Lj. häufiger einen Mutterersatz gehabt.

.3.b. Mutterersatz bei den Pbn (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	50 (48,67)	49 (48,67)	47 (48,67)	146
b	0 (1,33)	1 (1,33)	3 (1,33)	4
	50	50	50	150

Hier erhielten wir keine signifikanten Ergebnisse.

.3.c. Mutterersatz bei den Müttern der Pbn (bis zum 15. Lj.)

Hier ergaben sich keine signifikanten Rusultate

.3.d. Mutterersatz bei den Vätern der Pb (bis zum 15. Lj.)

Ebensowenig ergaben sich hier signifikante Differenzen.

Interpretation

Auch hier wurde unsere Annahme bestätigt, daß Elternverluste (einem Elternersatz ist ja zunächst ein Elternver-

lust vorausgegangen) zu späterer Ausbildung "schizophrener" Verhaltensweisen führt.

2.4.d. Mutterersatz bei Pbn und Eltern (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	149 (146)	146 (146)	143 (146)	438
b	1 (4)	4 (4)	7 (4)	12
	150	150	150	450

Hier ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse

Tabelle II

	Norm.	Schiz.	
a	149 (146)	143 (146)	292
b	1 (4)	7 (4)	8
	150	150	300

$X^2 = 3{,}93$ (df=1, $p<5\%$), d.h. "schizophrene" Pbn und deren Eltern hatten signifikant häufiger einen Mutterersatz als Personen aus der Normalbevölkerung.

Differenziert in Mutterersatz bei den einzelnen Gruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Da sich insgesamt nur zwischen "Normalen" und "Schizophrenen" eine niedrige Signifikanz feststellen läßt, möchten wir an dieser Stelle auf eine Interpretation der Ergebnisse verzichten, auf die wir in der Zusammenfassung detaillierter eingehen wollen.

2.5.a. Vaterersatz bei Pbn und Eltern (bis zum 15. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	147 (138)	141 (138)	126 (138)	414
b	3 (12)	9 (12)	24 (12)	36
	150	150	150	450

X^2 = 20,76 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch sehr bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterersatz bis zum 15.Lj. und Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	147 (144)	141 (144)	288
b	3 (6)	9 (6)	12
	150	150	300

Hier errechneten wir keine signifikanten Resultate

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	147 (136,5)	126 (136,5)	273
b	3 (13,5)	24 (13,5)	27
	150	150	300

X^2 = 17,96 (df=1, p<1%), d.h. im Vergleich zu "Normalen" haben "schizophren" erkrankte Personen und deren Eltern signifikant häufiger einen Vaterersatz gehabt.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	141 (133,5)	126 (133,5)	267
b	9 (16,5)	24 (16,5)	33
	150	150	300

X^2 = 7,66 (df=1, p<1%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Personen haben "schiz." Personen und deren Eltern in sign. Ausmaße häufiger einen Vaterersatz gehabt.

2.5.b. Vaterersatz bei den Pbn (bis zum 15. Lj)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	50 (45)	46 (45)	39 (45)	135
b	0 (5)	4 (5)	11 (5)	15
	50	50	50	150

X^2 = 12,68 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Vaterersatz und Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	50 (48)	46 (48)	96
b	0 (2)	4 (2)	4
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	50 (44,5)	39 (44,5)	89
b	0 (5,5)	11 (5,5)	11
	50	50	100

X^2 = 11,41 (df=1, p<1%), d.h. "schiz." Pbn haben sehr signifikant häufiger einen Vaterersatz gehabt als Pbn aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	46 (42,5)	39 (42,5)	85
b	4 (7,5)	11 (7,5)	15
	50	50	100

X^2 = 3,41 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Neurotikern haben "schiz." Pbn häufiger einen Vaterersatz gehabt.

2.5.c. Vaterersatz bei den Müttern der Pbn (bis zum 15.Lj.)

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate

2.5.d. Vaterersatz bei den Vätern der Pbn (bis zum 15.Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	48 (45,33)	47 (45,33)	41 (45,33)	136
b	2 (4,67)	3 (4,67)	9 (4,67)	14
	50	50	50	150

X^2 = 5,94 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein Zusammenhang zwischen Vaterersatz bei den Vätern der Pbn und Krankheitsbild der Pbn.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	48 (47,5)	47 (47,5)	95
b	2 (2,5)	3 (2,5)	5
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	48 (44,5)	41 (44,5)	89
b	2 (5,5)	9 (5,5)	11
	50	50	100

X^2 = 4,43 (df=1, p<5%), d.h. Väter "schiz." Pbn haben häufiger vor ihrem 15. Lj. einen Vaterersatz gehabt als Väter von Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	47 (44)	41 (44)	88
b	3 (6)	9 (6)	12
	50	50	100

X^2 = 2,94 (df=1, p<10%), d.h. auch im Vergleich zu Vätern neurotischer Pbn haben Väter "schiz." Pbn häufiger einen Vaterersatz bis zu ihrem 15. Lj. gehabt.

Interpretation

Wenn es sich auch sehr spekulativ anhört, bleibt uns als mögliche Erklärung, daß dadurch, daß die Mutter die bisher dem Kind in übervollem Maße zugewandte Libido nunmehr auf den neuen Partner richtet, das Kind sich plötzlich abgelehnt, als bedeutungslos und unwichtig für die Mutter empfindet und darauf mit autistischen Verhaltensweisen reagiert.

2.6.a. Vaterersatz bei Pbn und Eltern (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	150 (143,67)	145 (143,67)	136 (143,67)	431
b	0 (6,33)	5 (6,33)	14 (6,33)	19
	150	150	150	450

X^2 = 15,64 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Vaterersatz in den ersten 6. Lj. und Art der psychischen Krankheit.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	150 (147,5)	145 (147,5)	295
b	0 (2,5)	5 (2,5)	5
	150	150	300

X^2 = 4,18 (df=1, p<5%), d.h. neurotische Pbn und deren Eltern haben häufiger einen Vaterersatz gehabt als Personen aus der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	150 (143)	136 (143)	286
b	0 (7)	14 (7)	14
	150	150	300

X^2 = 13,72 (df=1, p<1%), d.h. "schizophrene" Pbn und deren Eltern haben im Vergleich zu Personen aus der Normalbevölkerung signifikant häufiger einen Vaterersatz in den ersten 6.Lj. gehabt.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	145 (140,5)	136 (140,5)	281
b	5 (9,5)	14 (9,5)	19
	150	150	300

X^2 = 4,54 (df=1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu neurotischen Pbn und deren Eltern haben "schiz." Personen sign. häufiger einen Vaterersatz bis zum 6. Lj. gehabt.

2.6.b. Vaterersatz bei den Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	50 (46,33)	47 (46,33)	42 (46,33)	139
b	0 (3,67)	3 (3,67)	8 (3,67)	11
	50	50	50	150

X^2 = 8,86 (df=2, p<2%), d.h. Vaterersatz vor dem 6. Lj. bei den Pbn und Art der psychischen Erkrankung hängen signifikant zusammen.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
a	50 (48,5)	47 (48,5)	97
b	0 (1,5)	3 (1,5)	3
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
a	50 (46)	42 (46)	92
b	0 (4)	8 (4)	8
	50	50	100

X^2 = 7,76 (df=1, p<1%), d.h. "schizophrene" Pbn haben vor ihrem 6. Lj. signifikant häufiger einen Vaterersatz gehabt als Pbn aus der Normalbevölkerung.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
a	47 (44,5)	42 (44,5)	89
b	3 (5,5)	8 (5,5)	11
	50	50	100

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

2.6.c. Vaterersatz bei den Müttern der Pbn (bis zum 6. Lj.)

Hier ließen sich keine signifikanten Resultate errechnen.

2.6.d. Vaterersatz bei den Vätern der Pbn (bis zum 6. Lj.)

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Interpretation

Vaterverlust in den ersten sechs Lebensjahren scheint über den Verlauf der kindlichen Entwicklung in Richtung psychische Erkrankung oder Gesundheit zu entscheiden, selbst wenn das Kind später einen Ersatz für den verlorenen Vater erhält.

Offensichtlich werden für die Entwicklung wichtige innerpsychische Prozesse derart gestört, daß das Kind nur noch psychotisch reagieren kann. Da ein Vaterersatz meistens erst um das fünfte bzw. sechste Lebensjahr herum erfolgte und das Kind erst Zeit zum Aufbau - wenn überhaupt möglich - einer positiven Beziehung zu dieser Vaterfigur braucht, findet auch hier das unter Punkt 1.8. ausgeführte volle Gültigkeit.

Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zu den Variablen: 3a - 3f
(Tabellen im Anhang)

Es ließ sich in unseren Stichproben kein Zusammenhang zwischen einer spezifischen psychischen Erkrankung und besonders häufigen Heimaufenthalten feststellen, so daß also für uns weiterhin das Familienmilieu in seiner Bedeutung für den Verlauf der kindlichen Entwicklung als ausschlaggebend angesehen wird.

Hervorheben möchten wir, daß es sich bei der Variablen 3c (Abwesenheiten eines Elternteiles der Pbn und Eltern) in den meisten Fällen - bei den "Normalen" um 9 gegen 0, bei den "Neurotikern" um 20 gegen 6 und bei den "Schizophrenen" um 10 gegen 2 - um Abwesenheiten des Vaters handelt, wobei auffallend ist, daß gerade die Mütter "normaler" Pbn häufiger ihren Vater vorübergehend entbehren mußten.

Hier nehmen wir an, daß die Auswirkungen dieser temporären Verluste nicht so gravierende pathologische Konsequenzen haben, da die Bindung zwischen Mutter und Kind nicht so eng (im negativen Sinne) war, wie z.B. die der "Schizophrenen". Dem "normalen" Kind ist es möglich, u.a. über zusätzliche Außenbeziehungen bzw. -kontakte den vorübergehenden Verlust zu kompensieren, denn ihm wird insgesamt ein wesentlich größerer Freiraum für seine Entwicklung zugestanden.

Aufgrund zu geringer Häufigkeiten war uns eine Auswertung der beiden Kategorien "Anzahl der Abende und Wochenenden" nicht möglich, wobei wir annehmen, daß die Eltern mit diesen Fragen überfordert waren, da der Zeitraum doch schon weit zurückliegt und sich viele nicht erinnern konnten.

Interpretation der Gesamtergebnisse

Fassen wir unsere Ergebnisse zusammen, so können wir sagen, daß sich die Familienkonstellation als eine deutlich wirksame Variable bei der Entstehung spezifischer psychischer Erkrankungen bestätigt. Dabei erscheinen insbesondere Elternverluste in der Kindheit eine große Wirksamkeit zu besitzen, wobei nicht nur Verluste bei den Pbn, sondern ebenso Verluste, die deren Eltern - und hier insbesondere die Väter - erlitten haben, von Bedeutung zu sein scheinen.

Die Familienkonstellation einer Person und ihrer Eltern und Großeltern ist also als eine Kombination von multifaktoriellen Merkmalen aufzufassen, die bestimmte Persönlichkeitsstörungen bewirken kann, wobei diese über die Familienkonstellation geprägten Haltungen wiederum die psychische Struktur eines Menschen ausmachen. Dabei kann nicht übersehen werden, daß diese Haltungen der Eltern eben auch wiederum bei ihren Kindern ganz bestimmte Daten der Familienkonstellation schaffen, die bei diesen ganz spezifische Verhaltensreaktionen hervorrufen - die Bedeutung der Einstellungen der Eltern kann man daran ablesen, wie diese die in der Familie durch die Konstellation geprägten Haltungen auf alle weiteren Beziehungen übertragen.

In unserer Untersuchung ließ sich eine spezifische Wirkung der Elternverluste nachweisen, wobei vor allem Elternverluste zwischen dem 3. und 6. Lj. von entscheidender Bedeutung zu sein scheinen und die Art der psychischen Krankheit in bedeutsamem Maße determinieren. Hier zeigt sich aber auch ein ganz deutlicher Unterschied zwischen der Untersuchungsgruppe und den Kontrollgruppen insoweit, als später "schizophren" gewordene Pbn im Vergleich zu später neurotisch gewordenen viel häufiger Elternverluste erlebt haben - die Gruppe der Neurotiker zeichnet sich wiederum im Vergleich zu den "normalen" Pbn durch häufigere Elternver-

luste aus. Hinsichtlich des Alters zum Zeitpunkt des Verlustes konnten wir bei den beiden Gruppen der Neurotiker und "Schizophrenen" keine hoch bedeutsamen Unterschiede feststellen, lediglich zeigte sich, daß "Schizophrene" gerade in der frühen Kindheit (also bis zum 6. Lebensjahr) häufiger Elternverluste - und hier insbesondere den Vater - erlitten haben als Neurotiker, wohingegen sich die Anzahl der in späterer Kindheit erlebten Verluste nur tendenziell (10%ig) unterscheidet. Somit legt unsere Untersuchung nahe, daß ein fließender Übergang von schweren psychischen Erkrankungen zu sog. leichteren vorhanden ist, daß die Ausbildung spezifisch psychischer Erkrankungen also vor allem durch die Beziehungsformen und die damit verbundenen Entwicklungsmöglichkeiten bestimmt wird.

Überraschend ist für uns die Tatsache, daß vor allem Vaterverluste - und diese insbesondere in der Zeit zwischen dem 3. und dem 6. Lebensjahr - zu beobachten sind - wir erwarteten eher Mutterverluste und diese besonders in den ersten drei Lebensjahren.

Jedoch leuchtet es uns ein, daß ein Vaterverlust gerade in der erwähnten Zeitspanne solche fatalen Folgen hat, bedenkt man, daß sich das Kind dann ja gerade in der ödipalen Phase befindet, in der es sich mit den Elternpersonen auseinandersetzt, um durch diese Auseinandersetzung seine eigene Identität zu finden; hier stellt das Fehlen des Vaters ein gravierendes Faktum für das Scheitern der Entwicklung eines gesunden Identitätsgefühls dar. Bedenkt man weiter, daß die Beziehung zwischen Mutter und Kind bei vielen "schizophrenen" Pbn sowieso schon sehr eng gestaltet ist, dann wird das Fehlen des Vaters noch zu einer Vertiefung dieser engen Beziehung führen, die dem Kind nun kaum mehr die Möglichkeit zur Eigenständigkeit läßt, sondern es derart auf die Mutter fixiert, die jetzt auch noch die Forderungen und Ansprüche, die sie früher an den Vater stellte, an das Kind richtet, womit sie es natürlich total überfordert - ihm

bleibt fast zwangsläufig nur noch die Möglichkeit des "Stillehaltens" des völligen "Verharrens".

Die Betonung der Rolle der Mutter in der Pathogenese der "Schizophrenie" bedeutet nicht, daß die Mutter als ein krankmachendes Agens isoliert werden kann. Die Mutter begegnet dem Kind ja nicht nur als Einzelperson, sondern als Teil der Gruppe und hier in erster Linie der Familiengruppe. Wie die Mutter mit dem Kind kommuniziert, hängt davon ab, wie sie selbst mit ihrer Gruppe und hier hauptsächlich mit dem Mann interagieren kann (Menninger, 1968).

Die Familiengruppe muß dem Kind ermöglichen, sich abgrenzen zu können (Ammon, 1975). Ist sie dazu nicht fähig, so kann das Individuum keine eigene Ich-Identität aufbauen. Die Struktur in diesen Familien ist derart gestaltet, daß sie völlig angepaßt an die Außenwelt erscheinen oder sich völlig auf die Binnenstruktur der Familie zurückziehen - sie werden nur durch inneren oder äußeren Zwang zusammengehalten (Wynne, 1969b).

Geht man davon aus, daß Trennungen durch Scheidung oder Auseinandergehen der Partner auf ein gestörtes emotionales Klima schließen lassen, dann ist es weiter wahrscheinlich, daß der verlassene Elternteil - hier fast immer die Mutter - den Haß, den er auf den Partner empfindet, in indirekter Weise auf das Kind überträgt, d.h. ihm einerseits weiterhin im Übermaß Wärme und Zuwendung zuteil werden läßt, es andererseits aber durch seine Gestik, Mimik etc. zurückweist. Das Kind kann mit dieser Doppelbödigkeit auf der Kommunikationsebene nicht umgehen, da es sich, egal wie es reagiert, immer falsch verhält. Aus dieser Situation resultiert eine derartige Unsicherheit, daß sich das Kind mit der Zeit immer mehr zurückzieht und immer unfähiger wird, irgendwelche Beziehungen aufzunehmen, da es nicht mehr in der Lage ist, angemessen zu kommunizieren (s. die Situation des double-bind). Selbst ein späterer Vaterersatz - wie

er sich am häufigsten bei den "schizophrenen" Pbn findet - kann das inzwischen entstandene psychische Defizit und die völlige Verunsicherung kaum mehr kompensieren.

Unsere oben dargestellten Ergebnisse und deren Interpretation bestätigend finden sich auch gerade unter den "schizophrenen" Pbn und deren Eltern am häufigsten außerehelich geborene. Das Faktum der Außerehelichkeit steht ja für Unvollständigkeit der Familie, d.h. daß hier insbesondere meistens der Vater fehlt.

Im Gegensatz zur Untersuchung von Langemayr (1973) fanden wir keine Bestätigung dafür, daß Stellung in der Geschwisterreihe, Geschwisterposition, Geschlechterverteilung in der Familie einen maßgeblichen Einfluß auf die Ausbildung einer bestimmten Art der psychischen Erkrankung haben. Jedoch scheint die Größe der Familie pathogene Auswirkungen zu haben, denn gerade "schizophrene" Pbn und deren Eltern stammen aus Familien mit mehr als drei Geschwistern. Plausibel erscheint uns in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, daß die Mütter dieser Pbn - bzw. die Mütter der Eltern - in ihrer eigenen Kindheit überbehütet worden sind, bzw. daß auch sie gerade die "ausgewählten" Kinder ihrer Mütter waren, die besonders eng "gebunden" worden sind und daß sie es mit einem ihrer Kinder genauso machen; und hier wohl meistens mit dem an sich schon sensibelsten, da dies schon durch sein Verhalten, seine oft erhöhte "Anspruchshaltung", mehr Zuwendung herausfordert.

Einen Einfluß auf die Mutter-Kind-Beziehung scheint auch der Geburtsablauf zu haben. Wie Rappoport (1976) in einer Befragung an 120 Müttern, die die Geburt ihrer Kinder ohne Komplikationen erlebt hatten feststellte, waren diese ihren Kindern gegenüber später positiv eingestellt, was sich vor allem darin äußerte, daß sie weniger häufig eine psychotherapeutische Beratungsstelle

für ihre Kinder in Anspruch nahmen. Auch die Sauberkeitserziehung erfolgte hier ohne nennenswerte Probleme.

Im Gegensatz dazu gaben die Mütter neurotischer Pbn häufiger Komplikationen bei der Geburt ihrer Kinder an. Außerdem fanden sich in diesen Familien wesentlich häufiger Körperbehinderungen als in den Familien der anderen Gruppen. Durch die mit einer Körperbehinderung verbundene psychische Beeinträchtigung der Eltern, sind diese im Umgang mit ihren Kindern sicherlich besonders ängstlich und vorsichtig, was wiederum bei den Kindern ein überängstliches Verhalten hervorruft, das sie in allen Beziehungen an den Tag legen werden.

Neurotische Pbn weisen weniger Umzüge auf als "schizophrene" Pbn, woraus wir schließen, daß die mit Umzügen verbundene grundlegende Veränderung der Umgebung und ebenso der ständige Wechsel der sekundären Bezugspersonen die durch die bereits dargestellten familiären Gegebenheiten bedingten Unsicherheiten auf der Beziehungsebene noch weiter verstärken.

Temporäre Verluste scheinen für die spätere Ausbildung bestimmter psychischer Erkrankungen nicht von so großer Bedeutung zu sein, wie von uns erwartet. Lediglich Berufstätigkeit der Mütter scheint vor allem neurotische Verhaltensweisen zu unterstützen, die aber erst im Zusammenspiel mit weiteren Merkmalen der Familienkonstellation voll entfaltet werden.

Die Familien "Schizophrener" scheinen sich von denen von Neurotikern vor allem durch eine größere Labilität des Milieus zu unterscheiden.

Neurotische Pbn haben weniger häufig Elternverluste erlebt, sie sind allerdings schon früh in die Lage versetzt

worden, sich mit den Forderungen anderer - besonders der Eltern - auseinanderzusetzen - z.B. beobachtbare frühere Sauberkeit, spezifische Geschwisterposition. Außerdem haben sie weniger Umgebungswechsel (Umzüge) erlebt. Demgegenüber ist das Milieu der "schizophren" Erkrankten gekennzeichnet durch besonders schwere und harte Erlebnisse (häufige Elternverluste, Halb- und/ oder Stiefgeschwister in der Familie usw.).

Kritik an der Quantifizierung des Fragebogens

Die von uns ausgewählten Kriterien wie z.B. Geschlechterverteilung in der Familie oder Position in der Geschwisterreihe sind zwar Extremwerte einer skalierbaren Variable, die einmal die Rangposition in einer Geschwisterreihe bedeutet und zum andern die Vertrautheit mit gegengeschlechtlichen Personen. Zwar verteilen sich die einzelnen Punkte dieser Variablen in unterschiedlich großen Abständen auf dieser Skala, wobei jeder dieser Punkte wiederum den Kreuzungspunkt einer Vielzahl anderer Variablen darstellt, mit denen diese in korrelativem Zusammenhang stehen (z.B. Kontaktbedürfnis, Anpassungsfähigkeit etc.), doch halten wir es für durchaus legitim, sie aus der Vielzahl der Merkmale herauszugreifen, denn es ist ja durchaus denkbar, daß z.B. ein jüngstes Geschwister manchmal einem Einzelkind ähnlich sein kann. Möglichen Ungenauigkeiten in der statistischen Auswertung dieser Variablen haben wir dadurch Rechnung getragen, daß wir nonparametrische Tests verwendeten.

Daß wir das Fehlen eines Elternteiles gerade bis zum 3., bzw. 6., bzw. 15. Lebensjahr untersucht haben, hängt mit unserer Vorstellung zusammen, daß einmal in der Zeitspanne bis zum 3. Lebensjahr der Aufbau einer symbiotischen Beziehung durch einen Elternverlust empfindlich gestört werden wird, daß weiter ein Verlust bis zum 6. Lebensjahr die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit stark beeinträchtigen muß und daß Elternverluste bis zum 15. Lebensjahr bzw. nach dem 6. Lebensjahr die Ausbildung der psychischen Erkrankung d.h. die Art derselben bestimmt.

Es erscheint uns auch im nachhinein richtig, daß wir als eine der Kontrollgruppen neurotische Pbn wählten, da wir ja vergleichen wollten, ob Verluste in der frühen Kindheit

eher zur "Schizophrenie", Verluste zu einem späteren Zeitpunkt eher zur Neurose führen. Streng genommen können wir nur etwas über Personengruppen aussagen, die sich durch ähnliche Symptome gleichen, nicht aber über alle "Schizophrenen", "Neurotiker" oder "Normalen". Doch kam es uns ja vor allem darauf an, zu sehen, ob eine bestimmte Kombination von Merkamlen zu einer spezifischen Art der psychischen Krankheit führt - wobei wir glauben, daß wir durch die persönliche Befragung einer durch die spezifische Neurosestruktur der Eltern bedingten Verfälschung der Fragebogenbeantwortung entgegenwirken konnten.

Kritischer Rückblick

Augenscheinlich gibt es keine eindeutigen Kriterien, anhand derer "Schizophrenie" präzise und nachprüfbar erkannt werden kann. Die Diagnose an sich wird vom Arzt unter Ausschluß anderer Diagnosemöglichkeiten gestellt. "Schizophren" ist also derjenige, dessen gestörtes Verhalten weder auf eine körperliche Ursache zurückzuführen, noch für den diagnostizierenden Arzt "einsichtig" ist.

Während der Vorbereitungen unserer Arbeit, d.h. vor allem der Suche nach geeigneten Pbn für unsere Stichproben, erfuhren wir immer wieder, wie schwierig eine Zusammenarbeit mit Psychiatern ist, die für sich allein die Fähigkeit in Anspruch nehmen, die "große Erfahrung", das "Präecoxgefühl" (Bleuler, 1933) im Umgang mit "Schizophrenen" zu haben, um einmal die bei diesen als diagnostisches Kriterium erfaßbare Beziehungsstörung festzustellen und zum andern durch ihre langjährige Erfahrung ihm gegenüber die "richtige" Haltung einzunehmen.

In einem Beitrag von Degkwitz (1973) wird diese "Haltung"

des Psychiaters so recht deutlich, für den der Patient mit seiner Krankheit quasi als "Naturereignis" auftritt, wobei das, was der Patient sagt, als Symptom objektiver Tatbestände gewertet und in einer Sprache formuliert wird, an welcher er als Partner ganz und gar nicht teilnimmt. Bestimmte Merkmale seines Verhaltens rufen im Beobachter (Psychiater) Unverständnis hervor, da für sie keine bewußten Erklärungen gefunden werden können. Bedenkt man den heutigen Stand der Psychiatrie bzw. ihr Bezugssystem, in dem sie arbeitet und in dem statt einer therapeutischen Begegnung die Begutachtung vorrangig ist, so kann dies, wie Pohlen herausstellt, nur zu der therapeutischen Konsequenz führen,

> "... den Aufwand für Diagnostik zu steigern und durch Pharmaka eine Korrektur zu verhängen. Das, was übrigbleibt von der Begegnung zweier Menschen ist (im besten Falle), eine Haltung voll Güte! ... Die menschliche Güte verdeckt im klinischen Praxisfeld den absoluten therapeutischen Negativismus." (Pohlen/Wittmann/Kauss, 1978, unveröffentlichtes Manuskript).

Unser Wunsch und unsere Bitte um Unterstützung wurde oft mit der Begründung zurückgewiesen, daß "man" die Verantwortung für die Begleitfolgen unserer Befragung nicht übernehmen zu können glaubte, denn uns fehle ja der langjährige Umgang mit "Schizophrenen" und ihren Eltern und wir könnten die psychodynamischen Vorgänge bei Eltern und Pbn nicht übersehen und auffangen.

Durchgängig erhielten wir so denn auch von den Eltern die Information, daß von Seiten der Klinik, in der ihre Kinder hospitalisiert wurden, keinerlei Anstrengungen unternommen worden waren, sie in die Behandlung mit einzubeziehen. Außerdem stellten wir ebenfalls in den meisten Fällen fest, daß die "therapeutische" Arbeit mit den "schizophrenen" Patienten sich darauf beschränkte, diese mit Medikamenten zu versorgen und sie ansonsten von der Außenwelt fernzuhalten.

Wie wenig Daten der Familienkonstellation in der Anamneseerhebung berücksichtigt werden, soll anhand folgender Krankengeschichte verdeutlicht werden, die als durchaus typisch gelten kann.

KG 4

Aus der Vorgeschichte der Pat. ist kurzgefaßt erwähnenswert, daß sie aus einer gesunden Familie stammt und selbst keine nennenswerten Vorkrankheiten durchgemacht hat. Die Menarche trat erst mit 17 Jahren, nach einer Hormonbehandlung erstmals auf. Die Pat. wurde in der Nähe einer norddeutschen Kleinstadt als 2. Tochter eines Vertreters geboren. Die Mutter stammt aus dem Ausland. Beide Eltern sind weichherzig und sehr besorgt um die Patientin, die etwa seit dem 11. Lebensjahr zunehmend Schwierigkeiten machte. Die älteste Tochter ist sehr gut eingeordnet. Die Patientin wurde etwa mit 11 Jahren in der Schule schlechter, sie mußte eine Klasse wiederholen. Wegen des immer stärker sich ausprägenden Leistungsabfalls und zunehmender Isolierung mußte sie 16-jährig die Schule mit schlechtem Zeugnis verlassen. Noch während der Schulzeit, mit etwa 13 Jahren, verliebte sie sich in ungewöhnlicher Intensität und Dauer in einen gleichaltrigen Klassenkameraden, sie verbrachte Stunden damit, an ihn zu denken und sich in Phantasien einzuspinnen. Nach Schulabschluß gelang zwar der Übergang auf eine Handelsschule, es trat jedoch ein "Nervenzusammenbruch" auf, die Patientin lag apathisch zu Hause im Bett, war höchst lärmempfindlich, weinte viel, verhielt sich gegen die Familie gereizt, wollte immer allein sein und nicht gestört werden. Vor ca. eineinhalb Jahren brachten die Eltern die Patientin in eine kinderpsychiatrische Poliklinik, wo keine endgültige Diagnose gestellt werden konnte, es war unklar, ob es sich lediglich um pubertäre Verhaltensstörungen eines schwärmerischen jungen Mädchens handelte, oder um die ersten Phasen einer endogenen Psychose.

Ein weiterer Ausbildungsversuch schlug fehl, die Patientin klagte über Kopfschmerzen und blieb der Arbeit fern. Sie war weiterhin vorwiegend zu Hause, tat fast nichts, lief aber im Dunkeln stundenlang in den Straßen umher und drohte mehrfach mit Suicid. Während einer Reise kam es dann zu einer unerwarteten Auflockerung, die Patientin machte nach den Schilderungen möglicherweise eine hypomanische Phase durch. Nach deren Abklingen stellte sich wieder der moros-antriebsverminderte Zustand ein. Vor einem viertel Jahr wurde die Patientin in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik eingewiesen. Dort wurden eine Reihe von Untersuchungen EEG, LEG und testpsychologische Untersuchung durchgeführt, alle vermochten bei der Differentialdiagnose nicht weiterhelfen.

Der körperliche Befund ist regelrecht, der IQ durchschnittlich. Das Verhalten der Patientin auf der Station war wechselnd, gelegentlich im Antrieb gesteigert, dann recht gereizt, unfreundlich, dann wieder lahm, interesselos, mürrisch und zurückgezogen. Bisweilen half sie eifrig, dann kümmerte sie sich um nichts.

In Anbetracht der sehr langhingezogenen Verstimmungszustände ist an eine Entlassung der Pat. nicht zu denken, ebensowenig an die Aufnahme einer Berufsausbildung. Auch die Eltern bitten um eine Unterbringung und Weiterbehandlung der Patientin, mit der sie zu Hause nicht zurechtkommen. Irgendeine Form von psychotischer Produktivsymptomatik liegt bei der Pat. nicht vor, am ehesten denken wir zur Zeit an eine endogene phasische Psychose im Jugendalter, deren Prognose noch offen ist.

In einem Gespräch mit der Mutter der Pb erhielten wir folgende Zusatzinformation: Die Pb wurde im Alter von 9 Monaten für vier Monate von der Mutter getrennt, da

diese mit ihrem Mann den Adoptivvater im Ausland besuchte. Während dieser Zeit war das Kind bei einer Freundin der Mutter untergebracht.

Die Mutter selbst verlor ihre Eltern im Kleinkindalter und lebte zunächst, bis zum 4. Lebensjahr, bei Familienangehörigen ihrer Eltern, danach wurde sie von einem älteren Ehepaar (er 61-jährig, sie 57-jährig) adoptiert. Zwei Jahre nach der Adoption starb die Adoptivmutter und sie wuchs nun bei dem Adoptivvater auf.

Auch der Vater der Pb verlor seinen Vater im Alter von 1 Jahr, seine Mutter im Alter von 4 Jahren (beide starben), und lebte zunächst, nach dem Tode der Mutter, ein Jahr lang bei dem Bruder des Vaters, dann starb auch dieser, woraufhin er die nächsten fünf Jahre (also bis zum 10. Lebensjahr) bei Verwandten verbrachte. Im Alter von 10 Jahren schickten ihn diese Verwandten in ein Internat, wo er bis zum Alter von 16 Jahren blieb.

Wir möchten noch einmal hervorheben, daß - unseren Untersuchungsergebnissen zufolge - es gerade diese Zusatzinformationen bzw. die durch sie zum Ausdruck gebrachten Lebensbedingungen sind, die von größter pathogener Wirkung sind.

In Anbetracht der aufgezeigten "Lücken" in den Anamnesen bzw. Krankengeschichten "Schizophrener" scheint es uns doch außerordentlich bedenklich, diese allein als Grundlage von Untersuchungen zur Ätiologie der Schizophrenie zu verwenden und aus den Ergebnissen umfassende "Erkenntnisse" abzuleiten.

Zwar konnten wir durch die ermittelten Zusammenhänge zwischen Familienkonstellation und Krankheitsbild bestimmte Faktoren für die Entstehung schizophrener Er-

krankung herauskristallisieren, doch bedarf es u. E. nach zur Eingrenzung der spezifisch pathogenen Faktoren noch umfassenderer Untersuchungen, die zum Ziel haben sollten, aus der Menge der Faktoren diejenigen herauszufiltern, die konkret und faßbar sind (im Gegensatz zu nur mit einem "Präecoxgefühl" erspürbaren), um so gezielt mit "schizophren" Erkrankten arbeiten zu können, denn so lange nur Spekulationen über die Verursachung dieser Krankheit oder Verhaltensweise möglich sind, so lange läßt sich auch nur "spekulativ" arbeiten.

Mit diesen Feststellungen soll aber keineswegs der Eindruck erweckt werden, daß wir die bisher geleistete Forschungsarbeit bezüglich der Ätiologie der "Schizophrenie"gering achten - dies sollte schon aus der eingehenden Darstellung dieser Arbeiten ersichtlich sein - und schon gar nicht sollen mit ihr die wertvollen Arbeiten der Psychotherapeuten negiert werden, die endlich den "Schizophrenen" nicht als isolierte "Krankheitseinheit", als Träger von Symptomen betrachten, sondern als Angehörigen eines Beziehungs - und Kommunikationsgeflechts, das selbst und dessen Mitglieder mit in die therapeutische Arbeit einbezogen werden muß. U. a. seien hier nochmals besonders die Arbeiten von Ammon (1975), Basaglia (1978), Benedetti (1975), Cooper (1972), Framo (1975), Searles (1974), Selvini Palazzoli u.a. (1977) und Wynne et. al. (1975) erwähnt.

Hier soll vielmehr - und dies mit aller Deutlichkeit - zum Ausdruck gebracht werden, daß wir den Eindruck haben, daß gerade eben diese zitierten Ergebnisse der Forschungsarbeiten in der Arbeit der bundesrepublikanischen Psychiatriearbeit noch keinen Niederschlag gefunden haben.

Im psychiatrischen Krankenhaus begegnen dem "Schizophrenen" weiterhin

> "... Psychiater, Verwalter, Pfleger, die seine veritablen Eltern, Brüder und Schwestern sind und ein interpersonales Spiel spielen, das in bezug auf die Kniffligkeit seiner Regeln nur allzuoft dem Spiel gleicht, bei dem er zuhause versagte. Wiederum steht ihm frei zu wählen. Er kann entscheiden, ob er auf einer chronischen Station dahinvegetieren oder zwischen seiner Familienhölle und der ihr nicht unähnlichen Hölle der üblichen Aufnahmestation hin- und herpendeln will, wobei der letztgenannte Kurs der zur Zeit gängigen Vorstellung von psychiatrischem Fortschritt entspricht. D.h. schizophrene Patienten können nach weniger als drei Monaten aus der Anstalt entlassen werden, aber etwa die Hälfte von ihnen wird in weniger als einem Jahr wieder aufgenommen. Eine andere Alternative muß erst noch gefunden werden." (Cooper, 1972, S.34).

Und sie kann ganz sicher nur gefunden werden, wenn man in die Therapie mit "Schizophrenen" auch deren familiales Umfeld einbezieht; wenn man sich mit den je spezifischen Mechanismen der Interaktion und Kommunikation der betroffenen Familien auseinandersetzt und sie in die Arbeit miteinbezieht; wenn man die spezifischen Familienkonstellationen und die dadurch typischen inter- und intrafamiliären Interaktionsstrukturen und Beziehungsmuster erkennt, aufdeckt und zusammen mit den Betroffenen bearbeitet.

A N H A N G

Tabellen der Ergebnisse zu den Variablen:

4.a.) Anzahl der verstorbenen Geschwister und Krankheitsbild

Aufgrund der zu geringen Häufigkeiten der Anzahl verstorbener Geschwister bei den Pbn, konnten wir diese Kategorie nicht auswerten. Bei Gegenüberstellung der Häufigkeiten verstorbener Geschwister der Eltern der Pbn ergaben sich aber auch keine signifikanten Resultate.

Tabelle I

1= 1 Geschwister verstorben
2= 2 Geschwister verstorben
3= drei und mehr Geschwister verstorben

Väter

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	14 (14,33)	17 (14,33)	12 (13,74)	43
2	4 (6,00)	7 (6,25)	7 (5,75)	18
3	6 (3,67)	1 (3,82)	4 (3,51)	11
	24	25	23	72

Keine signifikanten Resultate.

Tabelle I

Mütter

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	13 (11,92)	11 (10,67)	8 (9,41)	32
2	4 (4,10)	2 (3,67)	5 (3,24)	11
3	2 (2,98)	4 (2,67)	2 (2,35)	8
	19	17	15	51

Keine signifikanten Resultate.

4.b.) Anzahl der jüngeren/älteren Geschwister der Pbn und ihrer Eltern und Art der psychischen Erkrankung

Tabelle I

Anzahl der jüngeren Geschwister der Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	19 (16,85)	17 (16,85)	16 (18,31)	52
2	3 (4,21)	4 (4,21)	6 (4,58)	13
3	1 (1,94)	2 (1,94)	3 (2,11)	6
	23	23	25	71

Wir erhielten hier keine signifikanten Resultate.

Tabelle I

Anzahl der älteren Geschwister der Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	14 (13,89)	18 (16,54)	11 (12,57)	43
2	5 (4,85)	5 (5,77)	5 (4,38)	15
3	2 (2,26)	2 (2,69)	3 (2,05)	7
	21	25	19	65

Wir erhielten hier keine signifikanten Resultate.

Tabelle I

Anzahl der jüngeren Geschwister der Väter der Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	14 (12,77)	8 (7,98)	11 (12,24)	33
2	7 (5,03)	2 (3,15)	4 (4,82)	13
3	3 (6,19)	5 (3,87)	8 (5,94)	16
	24	15	23	62

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Tabelle I

Anzahl der älteren Geschwister der Väter der Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	13 (13,22)	15 (11,98)	10 (12,80)	38
2	9 (8,00)	4 (7,25)	10 (7,75)	23
3	10 (10,78)	10 (9,77)	11 (10,45)	31
	32	29	31	92

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle I

Anzahl der jüngeren Geschwister der Mütter der Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	16 (13,18)	11 (14,09)	13 (12,73)	40
2	5 (7,58)	8 (8,10)	10 (7,32)	23
3	8 (8,24)	12 (8,81)	5 (7,95)	25
	29	31	28	88

Hier ergaben sich kein signifikanten Differenzen.

Tabelle I

Anzahl der älteren Geschwister der Mütter

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	14 (11,19)	12 (9,94)	3 (7,87)	29
2	7 (8,49)	7 (7,54)	8 (5,97)	22
3	6 (7,33)	5 (6,51)	8 (5,16)	19
	27	24	19	70

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

4.c. Anzahl der Halb- und Stiefgeschwister der Pbn und ihrer Eltern in Abhängigkeit von der Art der psychischen Erkrankung

1 = die infragestehende Person hat ein Halb- oder Stiefgeschwister

2 = die infragestehende Person hat zwei und mehr Halb- bzw. Stiefgeschwister

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
1	13 (9,04)	14 (12,66)	14 (19,29)	41
2	2 (5,96)	7 (8,34)	18 (12,71)	27
	15	21	32	68

X^2 = 7,75 (df=2, p<5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Anzahl von Halb- und Stiefgeschwistern und dem Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
1	13 (11,25)	14 (15,75)	27
2	2 (3,75)	7 (5,25)	9
	15	21	36

Hier erhielten wir keine signifikanten Differenzen.

Tabelle III

	Neur.	Schiz.	
1	14 (11,09)	14 (16,91)	28
2	7 (9,91)	18 (15,09)	25
	21	32	53

Auch hier erhielten wir keine signifikanten Differenzen.

Tabelle IV

	Norm.	Schiz.	
1	13 (8,62)	14 (18,38)	27
2	2 (6,38)	18 (13,62)	20
	15	32	47

$X^2 = 7{,}04$ (df=1, $p<1\%$), d.h. in Familien mit "schizophrenen" Angehörigen finden sich in sehr bedeutsamen Maße zwei und mehr Halb- oder Stiefgeschwister.

4.d. Geschwisterposition und Art der psychischen Erkrankung

m = mittleres Geschwister
j = jüngstes Geschwister
ä = ältestes Geschwister
e = Einzelkind

Pbn

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
m	5 (5,65)	3 (5,41)	8 (4,93)	16
j	14 (16,26)	20 (15,56)	12 (14,18)	46
ä	14 (14,14)	13 (13,53)	13 (12,33)	40
e	14 (10,95)	9 (10,49)	8 (9,56)	31
	47	45	41	133

Über alle Gruppen gerechnet ergab sich hier kein signifikantes X^2.

Mütter

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
m	8 (5,25)	2 (4,86)	6 (5,89)	16
j	10 (8,21)	9 (8,21)	8 (9,94)	27
ä	13 (17,38)	18 (16,11)	22 (19,50)	53
e	10 (9,51)	9 (8,82)	10 (10,67)	29
	41	38	46	125

Auch hier ergab sich über alle Gruppen gerechnet kein signifikantes X^2.

Väter

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
m	5 (5,14)	5 (5,68)	5 (4,19)	15
j	15 (13,69)	15 (15,14)	10 (11,17)	40
ä	7 (8,22)	7 (9,08)	10 (6,70)	24
e	11 (10,95)	15 (12,11)	6 (8,94)	32
	38	42	31	111

Ebensowenig ergab sich hier über alle Gruppen gerechnet ein signifikantes X^2.

4.e. Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der befragten Personen und Krankheitsbild

a = in der Familie überwiegt das andere oder das eigene Geschlecht der befragten Person um 1 Person

b = um zwei Personen

c = um drei und mehr Personen

d = ausgewogene Geschlechterverteilung

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
a	22 (19,67)	15 (19,67)	22 (19,67)	59
b	12 (14,67)	19 (14,67)	13 (14,67)	44
c	3 (4,33)	4 (4,33)	6 (4,33)	13
d	13 (11,33)	12 (11,33)	9 (11,33)	34
	50	50	50	150

Hier erhielten wir keine signifikanten Unterschiede.

4.f. Geschlechterverteilung in der Familie der befragten Personen und Krankheitsbild

m = monosexuell, d.h. das Geschlecht der befragten Person überwiegt in der Familie

hetero-bi=hetero-bisexuell, d.h. das andere Geschlecht überwiegt in der Familie bzw. beide Geschlechter sind gleich stark vertreten.

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
mono	32 (32,67)	34 (32,67)	32 (32,67)	98
bi-u. hetero	18 (17,33)	16 (17,33)	18 (17,33)	52
	50	50	50	150

Über alle Gruppen gerechnet ergaben sich hier keine signifikanten Unterschiede. Auch in den Familien der Eltern ließen sich keine signifikanten Differenzen hinsichtlich Geschlechterverteilung und Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter feststellen.

6.a. Stillzeit und Art der psychischen Erkrankung

	Norm.	Neur.	Schiz.	
gar nicht	4 (6,67)	6 (6,67)	10 (6,67)	20
1 Woche	1 (1,33)	1 (1,33)	2 (1,33)	4
1-4 Wch	11 (9,33)	7 (9,33)	10 (9,33)	28
4-8 Wch	13 (13,00)	14 (13,00)	12 (13,00)	39
länger als 8 Wch	21 (19,67)	22 (19,67)	16 (19,67)	59
	50	50	50	150

Hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen, doch faßten wir die einzelnen Kategorien zusammen, um so höhere Felderbesetzungen zu erhalten (da Mittenecker, (1960) em-

pfiehlt, die Felderbesetzungen nicht unter 5, möglichst jedoch nicht unter 3 fallen zu lassen) und erhielten folgende Ergebnisse:

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
gar nicht	4 (6,67)	6 (6,67)	10 (6,67)	20
bis 8 Wch	25 (23,67)	22 (23,67)	24 (23,67)	71
länger als 8 Wch	21 (19,67)	22 (19,67)	16 (19,67)	59
	50	50	50	150

die aber auch keine signifikanten Resultate erbrachten.

.b. Zeitpunkt der Sauberkeit und Art der späteren psychischen Erkrankung

	Norm.	Neur.	Schiz.	
vor 1/2 J.	2 (1,00)	1 (1,00)	0 (1,00)	3
zw. 1/2 J.u. 1 Jahr	14 (13,00)	18 (13,00)	7 (13,00)	39
zw. 1 u. 2 J.	27 (24,67)	22 (24,67)	25 (24,67)	74
später als 2J.	7 (11,33)	19 (11,33)	18 (11,33)	34
	50	50	50	150

X^2 = 12,09 (df=6, p<10%), dh. es besteht ein stat. bedeutsamer Zusammenhang zwischen Art der Krankheit und dem Zeitpunkt der Sauberkeit.

Wegen Erhöhung der Felderbesetzung Zusammenfassung zu:

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
vor 1 J.	16 (14,00)	19 (14,00)	7 (14,00)	42
zw. 1 u. 2 J.	27 (24,67)	22 (24,67)	25 (24,67)	74
später als 2 J.	7 (11,33)	9 (11,33)	18 (11,33)	34
	50	50	50	150

$X^2 = 11{,}86$ (df=4, $p<2\%$), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Krankheitsbild und der Zeit, zu der die befragte Person sauber wurde.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
vor 1 J.	16 (17,50)	19 (17,50)	35
zw. 1 u. 2 J.	27 (24,50)	22 (24,50)	49
später als 2 J.	7 (8,00)	9 (8,00)	16
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Differenzen.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
vor 1 J.	16 (11,50)	7 (11,50)	23
zw. 1 u. 2 J.	27 (26,00)	25 (26,00)	52
später als 2 J.	7 (12,50)	18 (12,50)	25
	50	50	100

X^2 = 8,44 (df=2, p<2%), d.h. "schizophrene" Personen sind häufiger erst nach dem 2. Lj. sauber, Personen aus der Normalbevölkerung hingegen häufiger vor 1 J. bzw. zw. dem 1. u. 2. J.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
vor 1 J.	19 (13,00)	7 (13,00)	26
zw. 1 u. 2 J.	22 (23,50)	25 (23,50)	47
später als 2 J.	9 (13,50)	18 (13,50)	27
	50	50	100

X^2 = 8,74 (df=2, p<2%), d.h. "schizophrene" Personen sind häufiger erst nach dem 2. Lebensjahr sauber, neurotische Personen häufiger vor dem 1. Lebensjahr.

6.c. Komplikationen bei der Geburt der Pbn und Art der späteren psychischen Erkrankung

kK = keine Komplikationen
K = Komplikationen

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
kK	49 (45,67)	42 (45,67)	46 (45,67)	137
K	1 (4,33)	8 (4,33)	4 (4,33)	13
	50	50	50	150

X^2 = 5,50 (df=2, p<10%), d.h. es besteht ein stat. bedeutsamer Zusammenhang zwischen Komplikationen bei der Geburt des Pbn und seiner Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
kK	49 (45,50)	42 (45,50)	91
K	1 (4,50)	8 (4,50)	9
	50	50	100

X^2 = 5,26 (df=1, p<5%), d.h. bei neurotischen Pbn gab es häufiger bei der Geburt Komplikationen als bei Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
kK	49 (47,50)	46 (47,50)	95
K	1 (2,50)	4 (2,50)	5
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
kK	42 (44,00)	46 (44,00)	88
K	8 (6,00)	4 (6,00)	12
	50	50	100

Auch hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

6.d. Körperbehinderungen bei Pbn und Eltern und Art der psychischen Erkrankung

Kb = Körperbehinderung beim Pb, dessen Eltern und Großeltern

n.Kb = nicht körperbehindert

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
Kb	11 (14,67)	25 (14,67)	8 (14,67)	44
n.Kb	339 (324,79)	325 (324,79)	342 (324,79)	1006
	350	350	350	1 050

X^2 = 12,75 (df=2, p<1%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Körperbehinderungen und dem Krankheitsbild.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
Kb	11 (18,00)	25 (18,00)	36
n.Kb	339 (332,00)	325 (332,00)	664
	350	350	700

X^2 = 5,74 (df=1, p<2%), d.h. Körperbehinderungen bei Pbn, Eltern oder Großeltern sind häufiger in Familien mit neurotischen Angehörigen zu finden als in Familien der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
Kb	11 (9,50)	8 (9,50)	19
n.Kb	339 (340,50)	342 (340,50)	681
	350	350	700

Hier ergaben sich keine signifikanten Resultate.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
Kb	25 (16,50)	8 (16,50)	33
n.Kb	325 (333,50)	342 (333,50)	667
	350	350	700

X^2 = 9,20 (df=1, p<1%), d.h. in Familien mit neurotischen Angehörigen sind auch im Vergleich zu Familien mit "schiz." Angehörigen in sehr signifikantem Maße häufiger bei Pbn, Eltern oder Großeltern Körperbehinderungen festzustellen.

6.e. Psychische Erkrankungen bei Verwandten der Pbn und Art der psychischen Erkrankung bei den Pbn

Hier ergaben sich keine signifikanten Resultate.

B. Ergebnisse zu den temporären Verlusten

3.a. Heimaufenthalte und Krankheitsbild

Heimaufenthalte bei den Pbn

	Norm.	Neur.	Schiz.	
Heimaufenthalt	0 (1,33)	2 (1,33)	2 (1,33)	4
kein H-Aufenth.	50 (48,67)	48 (48,67)	48 (48,67)	146
	50	50	50	150

Hier erhielten wir keine signifikanten Ergebnisse.

Heimaufenthalte bei den Pbn und deren Eltern

	Norm.	Neur.	Schiz.	
Heimaufenthalt	1 (3,33)	4 (3,33)	5 (3,33)	10
kein H-Aufenth.	149 (146,67)	146 (146,67)	145 (146,67)	440
	150	150	150	450

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Differenzen. Zwar möchten wir Tendenzen nicht interpretieren, doch sei hier darauf hingewiesen, daß sich - rein zahlenmäßig - bei Familien von Neurotikern und "Schizophrenen" häufiger Heimaufenthalte feststellen lassen.

3.b. Trennungen von den Eltern und Krankheitsbild

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k T	143 (138,31)	137 (137,39)	134 (138,31)	414
T	7 (11,69)	12 (11,61)	16 (11,69)	35
	150	149	150	449

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

3.c. Abwesenheiten einer Elternteiles von Pbn und Eltern (bis zum 6. Lebensjahr)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k A	136 (137,95)	133 (136,11)	143 (137,95)	412
A	14 (12,05)	15 (11,89)	7 (12,05)	36
	150	148	150	448

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate

Abwesenheit eines Elternteiles bei Pbn (bis zum 6. Lj.)

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k A	47 (43)	38 (43)	44 (43)	129
A	3 (7)	12 (7)	6 (7)	21
	5o	50	50	150

X^2 = 6,43 (df=2, p<5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Abwesenheit eines Elternteils des Pbn und dessen Art der psychischen Erkrankung.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k A	47 (42,5)	38 (42,5)	85
A	3 (7,5)	12 (7,5)	15
	50	50	100

X^2 = 5,78 (df=1, p<2%), d.h. bei neurotischen Pbn war signifikant häufiger bis zu ihrem 6.Lj. ein Elternteil abwesend als bei Pbn der Normalbevölkerung.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k A	47 (45,5)	44 (45,5)	91
A	3 (4,5)	6 (4,5)	9
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k A	38 (41)	44 (41)	82
A	12 (9)	6 (9)	8
	50	50	100

Auch hier erhielten wir keine signifikanten Differenzen.

Abwesenheit eines Elternteils der Mütter der Pbn

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k A	41 (46,67)	49 (46,67)	50 (46,67)	140
A	9 (3,33)	1 (3,33)	0 (3,33)	10
	50	50	50	150

X^2 = 14,12 (df=2, p<1%), d.h. Mütter der "norm." Pbn haben häufiger Abwesenheiten ihrer Eltern erlebt als die von "Schiz". und Neurotikern.

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k A	41 (45)	49 (45)	90
A	9 (5)	1 (5)	10
	50	50	100

X^2 = 6,37 (df=1, p<2%), d.h. Mütter von "norm." Pbn haben auch im Vergleich zu denen neurotischer Pbn häufiger Abwesenheiten eines Elternteiles erlebt.

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k A	41 (45,5)	50 (45,5)	91
A	9 (4,5)	0 (4,5)	9
	50	50	100

X^2 = 8,96 (df=1, p<1%), d.h. auch hier zeigt sich, daß Mütter "normaler" Pbn im Vergleich zu denen "schiz." sehr sign. häufiger Elternabwesenheiten erlebt haben.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k A	49 (49,5)	50 (49,5)	99
A	1 (0,5)	0 (0,5)	1
	50	50	100

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate

Abwesenheit eines Elternteils der Väter der Pbn

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k A	47 (49,32)	46 (47,97)	49 (49,32)	142
A	3 (2,03)	2 (1,95)	1 (2,03)	6
	50	48	50	148

Hier ergaben sich keine sign. Differenzen.

.d. Berufstätigkeit der Mütter der Pbn und der Mütter der Eltern der Pbn und Krankheitsbild

Hier ergaben sich über alle Gruppen gerechnet keine signifikanten Ergebnisse - jedoch im einzelnen:

B = Berufstätigkeit
kB = keine Berufstätigkeit

Tabelle II

	Norm.	Neur.	
k B	39 (38,5)	38 (38,5)	77
B	11 (11,5)	12 (11,5)	23
	50	50	100

keine sign. Differenzen

Tabelle III

	Norm.	Schiz.	
k B	39 (42,5)	46 (42,5)	85
B	11 (7,5)	4 (7,5)	15
	50	50	100

X^2 = 3,41 (df=1,p<10%), d.h. Mütter von Pbn der Normalbevölkerung sind häufiger berufstätig als die von "schiz." Pbn.

Tabelle IV

	Neur.	Schiz.	
k B	38 (42)	46 (42)	84
B	12 (8)	4 (8)	16
	50	50	100

X^2 = 4,29 (df= 1, p<5%), d.h. auch im Vergleich zu Müttern "schiz." Pbn sind die neurotischer Pbn häufiger berufstätig.

Berufstätigkeit der Mütter der Pbn

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k B	133 (132,33)	129 (132,33)	135 (132,33)	397
B	17 (17,67)	21 (17,67)	15 (17,67)	53
	150	150	150	450

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

.e) Anzahl der Abende in der Woche, die die Väter der Pbn außer Haus waren (bis zu deren 6. Lj.)

k.A.a.H.= kein Abend außer Haus
A = Abende außer Haus

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
k.A.a.H.	38 (41,5)	39 (39,01)	45 (41,5)	122
A	12 (8,5)	8 (7,99)	5 (8,5)	25
	50	47	50	147

Hier erhielten wir keine signifikanten Resultate.

f) Anzahl der Wochenendabwesenheiten der Väter der Pbn (bis zu deren 6. Lj.)

n A= nicht abwesend am Wochenende
A= abwesend am Wochenende

Tabelle I

	Norm.	Neur.	Schiz.	
n A	45 (47,28)	45 (44,44)	49 (47,28)	139
A	5 (2,72)	2 (2,56)	1 (2,72)	8
	50	47	50	147

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Resultate.

Tabelle 5 Normalbevölkerung

Vom Verlust Betroffener	Vaterverlust	Mutterverlust	Alter zum Zeitpunkt des Verlustes	Alter zum Zeitpunkt des Elternersatzes
Mutter d. Pb		X	7 Jahre	8 Jahre
Vater " "	X		3 "	10 "
Mutter " "	X		7 "	8 Jahre
Vater " "		X	2 "	kein Ersatz
Vater " "	X		11 "	" "
Mutter " "	X		2 "	4 Jahre
Mutter " "	X		4 "	kein Ersatz
Mutter " "		X	7 "	" "
Mutter " "		X	4 Wochen	" "
Pb (männl.)	X		13 Jahre	" "
Vater d. Pb		X	12 "	" "
Mutter " "	X		14 "	" "
Mutter " "	X		15 "	" "
Mutter " "		X	14 "	" "
Vater " "	X		11 "	" "
Mutter " "		X	15 "	" "
Mutter " "	X		8 "	" "
Vater " "		X	12 "	" "
Vater " "	X		9 "	" "
Vater " "		X	7 "	" "

Außerdem sollen hier die Familien, in denen gehäuft Elternverluste vorkamen, noch einmal gesondert aufgeführt werden.

Familie 1	Pb (männl.)	Vaterverlust	mit	16	Jahren
	Mutter	"	"	15	"
	Vater	Mutterverlust	"	14	"
Familie 2	Vater	Vaterverlust	"	11	"
	Mutter	Mutterverlust	"	15	"
Familie 3	Vater	außerehelich			
	Mutter	Vaterverlust	"	8	"
Familie 4	Pb (weibl.)	Vaterverlust	"	23	"
	Vater	"	"	9	"
	Vater d. Pb	Mutterverlust	"	23	"
	Mutter	Vaterverlust	"	6	"
	Mutter	Mutterverlust	"	24	"

Tabelle 8 Neurotiker

Vom Verlust Betroffener	Vaterverlust	Mutterverlust	Alter zum Zeitpunkt des Verl.	Alter zum Zeitpunkt des Elternersatzes
Vater d. Pb	X		3 Jahre	4 Jahre
Pb (männl.)	X		4 "	kein Ersatz
Vater		X	6 "	8 Jahre
Mutter		X	1 "	2 "
Pb (männl.)	X		13 "	kein Ersatz
Pb (")	X		10 "	13 Jahre
Vater		X	4 Monate	4 "
Mutter	X		13 Jahre	8 "
Vater	X		3 "	kein Ersatz
Vater	X		4 Monate	" "
Pb (männl.)	X		12 Jahre	" "
Mutter	X		6 "	" "
Pb (weibl.)	X		4 Wochen	" "
Mutter	X		11 Jahre	" "
Pb (weibl.)	X		4 Wochen	" "
Pb (männl.)	X		8 Jahre	" "
Vater	X		10 "	" "
Pb (weibl.)	X		12x"	" "
Pb (weibl.)	X		2 "	3 Jahre
Mutter	X		2 "	7 "
Mutter	X		5 "	kein Ersatz
Vater	X		5 "	" "

Familie 1	Pb (weibl.)	Vaterverlust mit 4 Wochen
	Vater	Vaterverlust mit 4 Wochen
Familie 2	Pb (weibl.)	Vaterverlust mit 4 Wochen
	Vater	Eltern unbekannt
	Mutter	Vaterverlust mit 6 Jahren
Familie 3	Pb (männl.)	Vaterverlust mit 8 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 9 Jahren
Familie 4	Vater	Vaterverlust mit 10 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 13 Jahren
Familie 5	Pb (weibl.)	Vaterverlust mit 12 Jahren
	Vater	Vaterverlust mit 9 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 6 Jahren

Familie 6	Pb (weibl.)	Vaterverlust mit 2 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 2 Jahren
Familie 7	Pb (männl.)	Vaterverlust mit 15 Jahren
	Vater	Vaterverlust mit 5 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 16 Jahren
Familie 8	Pb (männl.)	Vaterverlust von Geburt an
	Vater	Vaterverlust mit 4 Jahren
Familie 9	Pb (weibl.)	Vaterverlust mit 21 Jahren
	Vater	Mutterverlust mit 3 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 18 Jahren

Tabelle: Schizophrene

Vom Verlust Betroffener	Vater-verlust	Mutter-verlust	Alter zum Ztpkt. des Verlustes	Alter zum Ztpkt.des Elternersatzes
Pb (männl.)	unehelich			Stiefm. mit 7 J.
Mutter	X		1 Jahr	kein Ersatz
Pb (männl.)	unehelich			Adoptiveltern
Pb (weibl.)	unehelich		nur mit Mutter aufgewachsen	
Pb (männl.)	unehelich		" " "	"
Pb (männl.)	X		2 Jahre	8 Jahre
Vater	y		von Geburt	kein Ersatz
Vater		X	13 Jahre	kein Ersatz
Pb (männl.)	X		4 Jahre	kein Ersatz
Vater	X		14 Jahre	15 Jahre
Mutter	X		5 Jahre	9 Jahre
Vater	X		7 Jahre	kein Ersatz
Pb (männl.)	X		2 Jahre	kein Ersatz
Vater		X	6 Jahre	kein Ersatz
Mutter	X		6 Jahre	kein Ersatz
Mutter		X	9 Jahre	kein Ersatz
Mutter		X	2 Jahre	9 Jahre
Vater		X	10 Jahre	kein Ersatz
Pb (weibl.)	y		14 Jahre	kein Ersatz
Mutter		X	2 Jahre	4 Jahre
Vater	X		2 Jahre	10 Jahre
Mutter	unehelich		nur mit Mutter aufgewachsen	
Pb (weibl.)	X		6 Jahre	kein Ersatz
Vater	unehelich		bei Mutter aufgewachsen	
Pb (weibl.)	X		1 Jahr	St.-Eltern 1 Jahr
Pb (weibl.)	X		7 Jahre	10 Jahre
Vater	X		1 Jahr	kein Ersatz
Mutter	X		9 Jahre	15 Jahre
Pb (weibl.)		X	4 Jahre	5 Jahre
Vater	X		5 Jahre	kein Ersatz
Pb (weibl.)	X		1 Jahr	6 Jahre
Pb (weibl.)	X		4 Jahre	5 Jahre
Vater		X	4 Jahre	kein Ersatz
Vater	X		1 Jahr	kein Ersatz
Mutter		X	7 Jahre	kein Ersatz
Mutter	X		13 Jahre	kein Ersatz
Pb (weibl.)	X		12 Jahre	kein Ersatz
Vater	X		1 Jahr	5 Jahre
Pb (weibl.)	X		12 Jahre	14 Jahre
Vater		Y	9 Jahre	11 Jahre
Pb (weibl.)	X		7 Jahre	kein Ersatz
Pb (weibl.)	unehelich		Adopt.-Vater mit 2,5 Jahren	
Pb (weibl.)	X		13 Jahre	kein Ersatz
Vater	unehelich		Stiefv. mit 4 Jahren	

Familie 1	Pb (männ.)	unehelich
	Vater unbekannt	Stiefvater mit 7 Jahren
	Mutter	Vaterverlust mit 1 Jahr
Familie 2	Pb (männl.)	Vaterverlust mit 2 Jahren
	Vater	Vaterverlust von Geburt an

Familie 3	Vater Mutter	Vater- und Mutterverlust m. 6 J. Mutterverlust mit 9 Jahren
Familie 4	Pb (weibl.) Mutter	Vaterverlust mit 14 Jahren Mutterverlust mit 2 Jahren - Stiefmutter mit 4 Jahren, als Mutter 14 Jahre alt war, ließ sich Stiefmutter vom Vater scheiden und Mutter blieb bei der Stiefmutter
Familie 5	Vater Mutter	Vaterverlust mit 2 Jahren unehelich
Familie 6	Pb (weibl.) Vater	Vaterverlust mit 6 Jahren unehelich
Familie 7	Pb (weibl.) Adoptivvater	Vater- und Mutterverlust m. 1 Jahr, Adoptiveltern mit 1 Jahr Vaterverlust mit 13 Jahren
Familie 8	Pb (weibl.) Vater Mutter	Vater mit 7 Jahren, Stiefvater vom 10.-16. Lebensjahr, dann ließ sich Mutter wieder scheiden Vaterverlust mit 1 Jahr Vaterverlust mit 9 Jahren, Stiefvater vom 15.-25. Lebensjahr
Familie 9	Vater Mutter	Vaterverlust mit 1 Jahr Mutterverlust mit 4 Jahren Mutterverlust mit 7 Jahren
Familie 10	Pb (weibl.) Vater	Vaterverlust mit 12 Jahren unehelich, Stiefvater vom 4.-12. Lebensjahr, dann verstarb Stiefvater

Tabelle: Berufe der Pbn und ihrer Eltern

a= Pb
b= Vater
c= Mutter

Beruf	Norm. Anzahl			Neur. Anzahl			Schiz. Anzahl		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c
Krankengymnast/in	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Bankkaufmann	2	3	1	–	–	–	–	1	1
Buchhalter/in	1	1	–	1	–	2	–	–	2
Fotolaborant	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Lehrling	2	–	–	–	–	–	1	1	–
Verwaltungsangest.	3	–	–	–	–	1	–	2	1
Starkstromelektriker	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Anstreichergehilfe	1	1	–	–	1	–	–	1	–
Verkäuferin	2	–	3	3	–	4	–	–	4
KfZ-Mechaniker	1	2	–	–	–	–	–	–	–
Haushaltsgehilfin	1	–	2	–	–	1	1	–	4
Steuerbeamtin/ter	1	1	–	–	–	–	–	1	–
Hauswirtschaftsleiterin	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Hausfrau	3	24	24	–	–	16	–	–	16
Friseuse	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Techn. Zeichner	1	–	–	3	–	1	–	2	–
Sparkassenangest.	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Techniker	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Dipl. Ing.	1	3	–	–	2	–	–	–	–
Student	10	–	–	6	–	–	2	–	–
Ankerwickler	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Großhandelskaufmann	1	–	–	–	–	–	2	–	–
Einzelhandelskaufmann	1	–	1	1	–	2	1	–	–
Kaufm. Angest.	11	2	4	3	7	9	2	7	7
abgebrochene Lehre	–	–	–	4	–	–	8	–	–
Schule abgebr.	–	–	–	–	–	–	3	–	–
Studium abgebr.	–	–	–	–	–	–	3	–	–
Hilfsarbeiter	–	–	1	4	–	3	4	3	2
ohne Beruf	–	–	–	1	1	–	10	–	–
Heizungsmonteur	–	–	–	1	–	–	–	–	–

Fortsetzung Tab.: Berufe der Pbn und ihrer Eltern

Beruf	Norm. a	b	c	Neur. a	b	c	Schiz. a	b	c
Elektriker	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Selbst.	-	5	-	-	2	-	-	2	-
Ma.-Schlosser	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Schlosser	-	3	-	-	5	-	-	1	-
Vulkaniseur	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Geschäftsführer	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Bundesbahnbeamter	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Handformer	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Handwerksmeister	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Pastor	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Gastwirt	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Landwirt	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Gärtner/in	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Dreher	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Magazinleiter	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Klempner	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Werkmeister	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Konstrukteur	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Kraftfahrer	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Maschinist	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Radialbohrer	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Hauptbrandmeister	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Fotokaufmann	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Schreiner	-	1	-	-	3	-	1	6	-
Schmelzmeister	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Mechaniker	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Krankenschwester	-	1	1	-	-	2	-	-	2
Zahnärztl. Ass.	-	-	1	2	-	-	-	-	1
Volksschull.	-	-	2	-	-	-	-	-	1
Kontoristin	-	-	3	-	-	-	-	-	1
Schneiderin	-	-	4	-	-	2	1	3	1
Kindergärtnerin	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Kinderpflegerin	-	-	1	1	-	1	-	-	-
Stenotopistin	-	-	1	-	-	-	-	-	1

Fortsetzung Tab.: Berufe der Pbn und ihrer Eltern

Berufe	Norm. a	b	c	Neur. a	b	c	Schiz. a	b	c
Metzger	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Realschullehrer	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Schulrektor	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Amtsrat	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Funker	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Schuhmacher	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Bäcker	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Toningenieur	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Arzt	-	-	-	-	-	-	2	2	1
Melker/Former	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Vertreter	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Fußbodenverleger	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Lagermeister	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Postbeamter	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Med.-Techn.-Ass.	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Raumpflegerin	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Buchbinderin	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Plätterin	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Telefonistin	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Laufmaschenaufnehmerin	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Versicherungskaufmann	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Realschulabschl.(dann Erkr)	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Bürogehilfin	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Betonbauer	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Speditionskaufmann	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Bauzeichner	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Drahtseiler	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Schüler	-	-	-	-	-	-	1	-	-

Fortsetzung Tab.: Berufe der Pbn und ihrer Eltern

Beruf	Norm. a	b	c	Neur. a	b	c	Schiz. a	b	c
Rechtsanwaltsgeh.	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Schaufenstergestalter	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Masseuse	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Volkswirt	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Journalist	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Elektronikmechaniker	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Blumenbinderin	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fernmeldehandwerker	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Telegrafistin	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Sozialarbeiter	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fremdsprachenkorresp.	-	-	-	1	-	-	1	-	-
Schiffsmakler	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Autoschlosser	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Korbmacher	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Altenpflegepraktikant/in	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Chemotechnikerin	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Dreher	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Pathologiehelfer	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Maschinenführer	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Rechtssekretär	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Gerüstbauer	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Berufssoldat	-	-	-	-	4	-	-	1	-
Raumtechniker	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Maurer	-	-	-	-	2	-	-	1	-
Acquisiteur	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Bergbauarbeiter	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Glaser	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Exportkaufmann	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Drogist	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Marktforscher	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Werkzeugmacher	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Schmied	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Orth. Schuhmacher	-	-	-	-	1	-	-	-	-

Literaturverzeichnis

Adler,A.: Theorie und Praxis der Individualpsychologie. München, 4.Aufl. 1930

Ammon,Gi.: Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen.In: Dyn. Psych. 18, S.11-32

Ammon,Gü.: Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. In: Dyn.Psych. 14,S.9-28

- : Psychotherapie der Psychosen. München 1975

Asperger,H.: Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Arch.Psychiat.Nervenkr.117,76-136,1944

Bachmann,C.H.:(Hrsg.) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Frankfurt/M. 1972

Bakwin,H.: Loneliness in infants. Am.Journ. of Diseases of Children 63, 30, 1942

Balint,A.: Liebe zur Mutter und Mutterliebe. In:Balint,M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern/Stuttgart 1966

Balint,M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek b.Hamburg 1973

Bandura,A./Walters,R.H.: Adoleszent Aggression.New York 1959

Bandura,A.: Principles of Behaviour Modification. New York 1969

- : Vicarious and self reinforcement process.In: Glaser,R.(Hrsg.): The nature of reinforcement. New York 1971

Basaglia,F.(Hrsg.):Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik Görz. Frankfurt/M.,2.Aufl.1978

- (Hrsg.): Was ist Psychiatrie?Frankfurt/M. 1974

Bastide,R.: Soziologie der Geisteskrankheiten.Köln 1973

Bateson,G. et al.: Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie.In:G.Bateson et al.:Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969, S.11-43

Becher,S.H.: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Verwahrlosung Jugendlicher.Vordiplomarbeit, Univ.Erlangen-Nürnberg 1967

Benedek,T.: Elternschaft als Phase der Entwicklung.In: Jahrbuch der Psychoanalyse.Bd.I, Köln 1960

Benedetti,G./Rauchfleisch,U.: Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Stuttgart 1975

Benedetti,G.: Schizophrenie. In: Psychotherapie der Psychosen. München 1975, S.70-83

- : Gesammelte Schriften zur Schizophrenie. Göttingen 1975

- : Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre. Göttingen 1975

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD- Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn 1975

Bernstein,B.: Studien zur sprachlichen Sozialisation. Düsseldorf 1972

Bettelheim,B.: So können sie nicht leben. Die Rehabilitation emotional gestörter Kinder. Stuttgart 1973

- : Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie. Frankfurt/M./Berlin/Wien 1978

Biermann,G.: Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit. München/Basel 1972

Bleuler,E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1933

Bleuler,M./Angst,J.(Hrsg.): Die Entstehung der Schizophrenie. Bern/Stuttgart/Wien 1971

Bleuler,M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken-und Familiengeschichten. Stuttgart 1972

Bloom,B.S.: Stabilität und Veränderung menschlicher Merkmale. Weinheim 1971

Bojanovsky,J./Gerylovova,A.: The correlation between schizophrenia and the age of the patients parents. Nervenarzt 38,40-42,1967

Boszormenyi-Nagi,I.: Eine Theorie der Beziehungen:Erfahrung und Transaktion.In: Familientherapie- Theorie und Praxis-Bd.1. Reinbek b.Hmb.1975,S.51-109

- : Intensive Familientherapie als Prozeß. In: Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.1. Reinbek b.Hmb. 1975,S.110-168

Bowen,M.: Die Familie als Bezugsrahmen für die Schizophrenieforschung.In:Bateson,G. et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969, S.181-219

- : Familienpsychotherapie bei Schizophrenen in der Klinik und in der Privatpraxis.In:Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.1. Reinbek b.Hmb.1975, S.244-276

Bowlby,J./Ainsworth,M./Boston,M./Rosenbluth,D.: The Effects of Mother-Child-Separation: A Follow-up-Study. Brit.J.Med.Psychol. 29,211-247, 1956

Bowlby,J.: Separation Anxiety. Int.J.Psychoanl.41,1-25,1960

- : Processes oi Mourning. Int.J.Psychoanal.42, 317-340,1961

- : Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München 1973

- : Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München 1976

Brenner,Ch.: Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt/M.1967

Bronfenbrenner,U.: When is infant stimulation effective? In: D.C.Glass(Hrsg.): Enviromental influence. New York 1968

- : Wie wirksam ist kompensatorische Erziehung? Stuttgart 1973

- : Ökologische Sozialisationsforschung. Stuttgart 1976

- : Wandel der amerikanischen Kindererziehung.In:L.v.Friedeburg(Hrsg.): Jugend in der modernen Gesellschaft. Köln/Berlin 1965,S.321 ff

Bruch,H.: Obesity and Orality.In:Dyn.Psych.4,241-257

Bühler,Ch.u.a.: Soziologische Studien über das erste Lebensjahr. Jena 1927

Caesar,B.: Autorität in der Familie. Hamburg 1972

Calhoun,J.B.: Population Density and social Pathology. Sci.American, 206,1962

Casler,L.: The eifects oi supplementary verbal stimulation on a Group of institutionalized infants. In: J.Child Psychol.Psychiat.6, 19-27, 1965

Ciompi,L./Müller,Ch.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Berlin 1976

Claessens,D.: Familie und Wertsystem. Berlin 1967

Cohen,A.K.: Kriminelle Jugend. Hamburg 1961

Cooper,D.: Psychiatrie und Antipsychiatrie.Frankfurt/M.1972

Cross,H.A./Harlow,H.F.: Observation of infant monkey by female monkey. Perc.mot.Skills 16,11, 1963

- : Prolonged and processive effects of partial isolation on the behavior of macaque monkeys.J.of Exp.Res.in Personality I,39,1965

Dahrendorf,R.: Homo sociologicus. Köln/Opladen 1964

Degkwitz,R.: Wie können Psychoanalyse und Psychiatrie konvergieren. Nervenarzt 43,383-385, 1973

Deleuze,G./Guattari,F.: Anti-Ödipus. Frankfurt/M. 1974

Deleuze,G./Guattari,F./Jervis,G.ua.: Antipsychiatrie und Wunschökonomie. Berlin 1976

Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin/Heidelberg/New York 1975

Dollard,J./Müller,N.E.: Personality and Psychotherapy. New York 1950

Dreitzel,H.P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Vorstudie zu einer Pathologie des Rollenverhaltens. Stuttgart 1968

Dührssen,A.: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. In: Praxis der Kinderpsychol. und -psychiat.,Beiheit Nr.1. Göttingen 1958

- : Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1965

Dunham,H.W.: Sociocultural studies of schizophrenia. Arch. Gen.Psychiat.24, 206-214, 1971

Durfee,H./Wolf,K.M.: Anstaltspflege und Entwicklung im ersten Lebensjahr. Ztschr.f.Kinderforschung 42, 273, 1934

Durkheim,E.: Die Regeln der soziologischen Methode. Neuwied, 2.Aufl. 1965

Eckensberger,D.: Sozialisationsbedingungen der öffentlichen Erziehung. Frankfurt/M. 1971

Eibl-Eibesfeldt,I.: Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung. München 1972

Erikson,E.H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart 1961/1965

- : Identität und Lebenszyklus.Frankfurt/M.1966

Erlenmeyer-Kimling,L.: The problem of birth order and schizophrenia: a negativ conclusion. Brit.J.Psychiat. 115,659-678, 1969

Ernst,K./Ernst,C.: Die Anamnese schizophrener und neurotischer Klinikpatientinnen. Schweiz.Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 106, 127-158,1970

Ewert,O.M.(Hrsg.): Entwicklungspsychologie, Bd.1.Köln 1972

Eysenck,H.J.: The structure of human personality.London 1953

- : The effects of psychotherapy.In:Eysenck,H.J. (ed.): Handbook of abnormal psychology. London 1960

Familientherapie- Theorie und Praxis- Bd. 1 und 2. Reinbek b.Hmb. 1975

Federn,P.: Ich-Psychologie und die Psychosen. Bern 1956

Feger,G.: Die unvollständige Familie und ihr Einfluß auf die Jugendkriminalität.In: Th.Würtenberger(Hrsg.): Familie und Jugendkriminalität, Bd.1. Stuttgart 1969

Fend,H.: Sozialisation und Erziehung. Weinheim 1969

Ferenczi,S.: Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis. London 1955

Fischer,M./Harvald,B./Hauge,M.: A danish twin study of schizophrenia. Brit.J.Psychiat.115, 981-990,1969

Fleck,S./Lidz,Th./Cornelison,A./Schafer,S./Terry,D.: Inzestuöse und homosexuelle Problematik.In: Psyche, Bd.XIII,1959-1960, S.330-344

Ford,D.H./Urban,H.B.: Systems of psychotherapy.New York 1963

Foucault,M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/M, 3.Aufl. 1978

Foudrain,J.: Wer ist aus Holz? Neue Wege in der Psychiatrie. München, 2.Aufl. 1977

Framo,J.L.: Beweggründe und Techniken der intensiven Familientherapie.In: Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.1. Reinbek b.Hmb. 1975,S.169-243

- : Systematische Erforschung der Familiendynamik. In:Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.2. Reinbek b.Hmb. 1975, S.173-230

Freeman,Th.: Zur Psychopathologie der Psychosen. In:Psyche, Bd.XXVI, 3.Heft, 1972, S.191-207

Freud,A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. München 1964

Freud,A./Burlingham,D.: Heimatlose Kinder. Stuttgart 1971

Freud,A.: Einführung in die Technik der Kinderanalyse. London 1952, deutsch:München 1973

Freud,S.: Gesammelte Werke. Frankfurt/M. 1952 f.

- : Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. S.Freud-Studienausgabe, Bd.V. Frankfurt/M. 1972

- : Zwang, Paranoia und Perversion. S.Freud-Studienausgabe, Bd.VII. Frankfurt/M. 1973

- : Psychologie des Unbewußten. S.Freud-Studienausgabe, Bd.III. Frankfurt/M. 1975

Gabriel,F.: Die langfristige Entwicklung von Spätschizophrenen. Basel/München/Paris/London/New York/Sidney 1978

Gasch,B.: Die Familienkonstellation von jugendlichen Strafgefangenen. Vordiplomarbeit, Univ. Erlangen-Nürnberg 1964

Gerhardt,U.: Rollenanalyse als kritische Soziologie. Neuwied/Berlin 1971

Glueck,Sh.u.E.: Jugendliche Rechtsbrecher. Stuttgart 1963

Goffman,E.: Role-Distance in Encounters. Indianapolis 1961

- : Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/M.1972

Gold,M.: Status Forces in Delinquent and Nondelinquent in Perspective. Cambridge 1968

Goldfarb,W.: Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation.Am.J.Psychiat.102, 18, 1945

- : Families of schizophrenic patients. In:L.C. Kolb et al.(ed): Mental Retardation. Baltimore 1962, S.256-269

Goldschmidt,D.(Hrsg.): Seminarbericht: Sozialisation und kompensatorische Erziehung. FU Berlin 1969

Gottesman,I.J./Shields,J.: Schizophrenia in twins:16 years consecutive admissions to a psychiatric children clinic. Brit.J.Psychiat.1966,112,809-818

Gottschalch,Neumann-Schönwetter,Soukup: Sozialisationsforschung. Frankfurt/M. 1971

Graber,G.: Gesammelte Schriften. Bd.1. Berlin 1978

Graff,R.L.: Identification as related to percived parental Attitudes and powerlessness in Delinquents and Normal. Diss.Abstr. 29, 1968

Grauer,G.: Leitbilder und Erziehungspraktiken.In:Familienerziehung, Sozialschicht und Schulerfolg. Weinheim 1972

Graumann,C,F.: Motivation.In:C.F.Graumann (Hrsg.):Einführung in die Psychologie, Bd.1. Bern 1969

Grimm,S.: Die Bildungsabstinenz der Arbeiter. München 1966

Gross,G./Huber,G./Schüttler,R.: Verlaufs- und sozialpsychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen. Nervenarzt 42,292-299, 1971

Habermas,J.: Thesen zur Theorie der Sozialisation. Frankfurt/M. 1968

Häfner,H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Ätiologie. Nervenarzt 42, 557-568, 1971

Haley,J.: Die Interaktion von Schizophrenen.In:G.Bateson et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M.1969, S. 81-107

Harlow,H.F./Harlow: Socialdeprivation in monkeys. Sci.Amer. 207,137,1962

Harlow,H.F.: The nature of love. Amer.Psychologist 13, 1958

- : The effect of rearing conditions on behavior. Bull.Menninger Clinic 26,213,1962

- : Total social isolation. Sci.148,666,1965

- a.Harlow: Affection in primates. Disc.Jan.1966

- a.Harlow/Dodsworth/Arling: Maternal behavior or rhesus monkeys deprived of mathering and peer-association in iniancy. Procceedings oi the Am.Phil.Society 110,58,1966

- /Zimmermann: Aifectional responses in the infant monkeys. Sci.130,421,1959

Hartmann,H.: Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme. Stuttgart 1960

Hau,T.F./Rueppel,A.: Zur Familienkonstellation bei psychosomatisch Erkrankten. Ztschr.f.Psychoth.u,med. Psychol.16,211-219,1966

Haug,F.: Kritik der Rollentheorie. Frankfurt/M. 1972

Heckhausen,H.: Die Interaktion der Sozialisationsvariablen in der Genese des Leistungsmotivs.In:C.F.Graumann: (Hrsg.) Hdb. d. Psychol.,Bd.7,2.Halbbd.Göttingen 1972, S.956-1019

Hellmer,J.: Sozialisation,Personalisation und Kriminalität. In:Wurzbacher (Hrsg.): Der Mensch als soziales und personales Wesen. Stuttgart 1963

Hess,H./Mechler,A.: Ghetto ohne Mauern.Frankfurt/M.1973

Heston,L.L.: Psychiatric disorders in foster-home reared children of schizophrenic mothers. Brit.J. Psychiat.112,819-825, 1966

Hetzer,H./Bien/Buttler: Kindheit und Armut, Bd.1.Leipzig 1929

Hill,L.: Psychotherapeutic intervention in schizophrenia. Chicago 1955

Hinde,R.A./Spencer-Booth: Effects of six day maternal deprivation on rhesus monkey infants. Nature 210, 1021-1023,1966

- : Effects of brief seperation from mother on rhesus monkeys. Sci.173,111-118, 1971

Hinshelwood,R.D.: The evidence for a birth order factor in schizophrenia. Brit.J.Psychiat.117,293-301,1970

Hirsch,S.R./Leff,J.P.: Abnormalities in Parents of schizophrenics. Inst.of Psychiat.Southhampton 1975

Hochheimer,W./Mitscherlich,A.(Hrsg.): Zur Familienwelt des Schizophrenen. Stuttgart 1959

Hopf,D.: Entwicklung der Intelligenz und Reform des Bildungswesens. Neue Sammlung 1971,11,S.33-51

Hull,C.L.: Essentials of behavior. New Haven 1951

Inouye,E.: Similarity and dissimilarity of schizophrenia in twins. Proc.IIIrd world Congress of Psychiat.1, 524-530, Montreal 1961

Kagan,J./Tulkin,S.R.: Social class Differences in Child Rearing during the first Year.In:H.R.Schaffer (Hrsg.): The origins of Human social Relation.1971

Kagan,J.: Elternliebe ist keine Lebensversicherung.In:Psychol. heute. 5.Jhg.,Heit 12,37-43, 1978

Kallmann,F.J.: The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691 schizophrenic twins index families. Amer.J.Psychiat.103,309-322,1946

Kanner,L.: Autistic disturbance of affectiv contact. Acta paedopsychiat.35,98-130,1968

Karlsson,J.L.: The biological basis of schizophrenia. Springfield 1966

Katschnig,H.(Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie-Patienten zu Hause. München/Wien/Baltimore 1977

Kaufmann,I.C./Rosenblum:Depression in infant monkeys separated from their mother. Sci.155,1030-1031, 1967

Keller,R.: Determinanten der Familienkonstellation in ihren Beziehungen zu aggressiven Verhaltensweisen. Vordiplomarbeit,Univ.Erlangen-Nürnberg 1964

Kelly,G.A.: The psychology of personal contructions. New York 1955

Kety,S./Rosenthal,D./Wender,P.H./Schulsinder,F.: The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adapted schizophrenics. In:Rosenthal,D./Kety,S.(ed.):The transmission of schizophrenia. Oxford 1968

Kisker,H.P.: Schizophrenie und Familie. Nervenarzt 33, 13-21, 1962

Klein,H./Person,T./Itil,T.: Family and environmental variables as predictors of social outcome in chronic schizophrenia. Comprehens.Psychiat.13,317-334,1972

Klein,M.: Die Psychoanalyse des Kindes. Wien 1932

- : Das Seelenleben des Kindes. Stuttgart 1962

König,R.: Soziologie der Familie.In:Gehlen/Schelsky:Soziologie-Ein Lehr-und Handbuch zur modernen Gesellschaftskunde. Düsseldorf/Köln 1955

Kohlberg,L.: Early Education:A Cognitive Developement View. Child Development 39,1013-1062,1968

- : Stage and Sequence:A Cognitive Development Approach to Socialization.In:D.A.Goslin:Handbook of Socialization Theory and Research. Chicago 1969,Kap.6, S.347-480

Kohn,M.L.: Social class and Parent Values.Amer.J.of Sociol. 64,337-351,1959

- : Social Class and Parent-Child Relationships: an interpretation.Amer.J.of Sociol.68,471-480,1963

Koschorke,M.: Unterschichten und Beratung. Berlin 1973

Kringlen,E.: Beiträge der neueren Zwillingsforschung zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie.In:M.Bleuler/J.Angst(Hrsg.):Die Entstehung der Schizophrenie. Bern/Stuttgart/Wien 1971

Krüll,M.: Schizophrenie und Gesellschaft. München 1977

Laing,R.D.: Das geteilte Selbst. Köln 1972

- : Das Selbst und die anderen.Frankfurt/M.1973

Laing,R.D.: Mystifikation,Konfusion und Konflikt.In:Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.2. Reinbek b.Hmb. 1975a, S.110-129

- /Esterson,A.: Wahnsinn und Familie. Köln 1975b

Langenmayr,A.: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Urteilsbildung im sozialen Kraftfeld. Vordiplomarbeit,Univ.Erlangen-Nürnberg 1966

- : Soziale Umweltfaktoren und psychische Krankheit.Inauguraldis.,Univ.Erlangen-Nürnberg 1973

Lawich-Goodall,I.: The behavior of free-living chimpanzees in the Gombe Stream Reserve. Amer.Behav.Monogr.1, 161-311, 1968

Levine,M.L./Bell,A.: The Treatment of colic in infancy by use of the Pacifier. J.Ped.37,1950

Lidz,Th.: Zur Familienumwelt des Schizophrenen. Psyche, Bd.XIII,243-267, 1959

- /Cornelison,A./Fleck,S./Terry,D.: Die intrafamiliäre Umwelt des Schizophrenen- Der Vater.Psyche, Bd.XIII,268-286, 1959-1960

- : Irrationalität als Familientradition.Psyche, Bd.XIII,315-329, 1959-1960

- : Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe.In: G.Bateson et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969, S. 108-126

- : Familie und soziale Umwelt. Frankfurt/M. 1971a

- : Family settings that produce schizophrenic offspring.In:P.Doucet/C.Laurin (ed.):Problems of Psychosis. Amsterdam 1971b, S.196-210

- : Der Einfluß von Familienuntersuchungen auf die Behandlung der Schizophrenie. Psyche,XXVI.Jhg., 3.Heft, 169-190, 1972

- : Der gefährdete Mensch. Frankfurt/M. 1976

Lienert,G.A.: Testaufbau und Testanalyse.Weinheim/Berlin 1969

Lindinger,H.C.: Familienumwelt und Prognose der Schizophrenie. Bern/Stuttgart 1968

Lorenzer,A.: Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie. Frankfurt/M. 1973

Lowrey,L.G.: Personality,Distortion and Early Institutional Care. Am.J.Orthopsychiat.10,576-586, 1940

Lu,Yi-chuang: Mother-Child Role,Relations in Schizophrenia. In:Psychiat.24,133-142, 1961

- : Contradictory parental expection in schizophrenia.Arch.Gen.Psychiat.6,219-234, 1961

Lurija,A.R./Judowitsch,F.J.: Die Funktion der Sprache in der geistigen Entwicklung des Kindes. Düsseldorf 1973

Mahler,M.: Symbiose und Individuation. Stuttgart 1972

Mahoney,M.J.: Cognition and behavior modification. Cambridge 1974

Marcuse,H.: Triebstruktur und Gesellschaft.Frankfurt/M.1965

Matejcek,Z./Langmeier,A.: New observations on psychological deprivation in institutional children,12,20,1965

McCord,W.u.J.: Origins of crime. New York/London 1959

McKinley,D.G.: Social Class and Family Life. New York 1964

Mead,G.H.: Geist, Identität und Gesellschaft.Frankfurt/M.1973

Mead,M.: Geschlecht und Temperament in primitiven Gesellschaften. Reinbek b.Hmb. 1935

Meierhofer,M./Keller,H.: Frustration im frühen Kindesalter. Bern/Stuttgart 1966

Meistermann-Seeger,E.: Gestörte Familien. München 1976

Menninger,K.: Das Leben als Balance. München 1969

Mitscherlich,A.: Ödipus und Kaspar Hauser. Der Monat 3,1950

- : Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft. München 1973

Mittenecker,E.: Planung und statistische Auswertung von Experimenten. Wien,3.Aufl. 1960

Moog/Moog: Die entwicklungspsychologische Bedeutung von Umweltbedingungen im Säuglings-und Kleinkindalter. Berlin 1973

Moschner,H./Bojanovsky,J.: Comparison of some factors of family constellation for schizophrenic and surgical patients. Psych.Neuro.med.Psychol.20, 133-135, 1968

Moser,T.: Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Frankfurt/M.1971

Mowrer,O.H.: Learning theory and the symbolic processes. New York 1960

- : Learning theory and behavior.New York 1961

Müller,G.: Spezifische Daten der Familienkonstellation als determinierende Faktoren bei der Bildung des Anspruchsniveaus.Vordiplomarbeit,Univ.Erlangen-Nürnberg 1965

Neidhardt,F.: Zwischen Apathie und Anpassung. Unterschichtenverhalten in der BRD.In:Hamburg-Jahrbuch für Wirtschafts-und Gesellschaftspolitik,Jhg.5, 209-225, 1970

- : Zwischenbericht über die Untersuchung Familie und Sozialisation. Tübingen 1973

Nuttall,R.L./Solomon,L.F.: Prognosis in schizophrenia:the role of premorbide,social class and demography. Behav.Sci.15, 255-264, 1970

Nye,F.I.: Family Relationships and Delinquent Behavior. New York/London 1958

Oevermann,U.: Soziale Schicht und Begabung.Ztschr.f.Päd., Beiheft Nr.6, 1966

Papoušek,H.u.M.: Die Mutter-Kind-Beziehung und die kognitive Entwicklung. Unveröffentlicht (1977)

Parin,P./Morgenthaler,F./Parin-Matthéy,G.: Die Weißen denken zuviel.Psychoanal.Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika. München(o.J.)

Parow,E.: Psychotisches Verhalten und Umwelt. Eine sozialpsychol.Untersuchung. Frankfurt/M. 1972

Parsons,T.: The Social System. Glencoe 1951

- : The Father Symbol:an Appraisal in the light of psychoanal.and sociological Theory.In:Social Structure and Personality. London 1964

Pawlow,I.W.: Sämtliche Werke. Berlin 1953

v.Pfaundler,M.: Über Anstaltsschäden an Kindern.Mschr.Kinderheilkunde 29,661,1924

Pfeil,E./Ganzert,J.: Die Bedeutung der Verwandten für die großstädtische Familie. Ztschr.f.Soziologie, Jhg.2, Heft 4, 1973

Piaget,J.: Sprechen und Denken des Kindes. Düsseldorf 1972

- : Das moralische Urteil beim Kinde. Zürich 1954

- : Die Entwicklung des Zahlenbegriffs beim Kinde. Stuttgart 1965

- : Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart 1969

Pohlen,M.: Gruppenanalyse- Eine methodenkritische Studie und empirische Untersuchung im klinischen Feld. Göttingen 1972

Pollin,W./Allen,M.G./Haffer,A.et al.:Psychopathology in 15909 pairs of veteran twins:Evidence for a genetic factor in the pathogenesis of schizophrenia and its relative absence in psychoneurosis. Amer.J.Psychiat.126, 597-608,1969

Portmann,A.: Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Basel, 2.Aufl. 1951

Preston,D.G./Baker,R.P./Seag,B.: Mother-infant seperation in the Patas monkey. Devl.Psychol.3,298-306,1970

Probst,H.: Lernbehinderte und Normalschüler. Persönlichkeitseigenschaften und sozio-ökonomischer Hintergrund. Bern/Stuttgart/Wien 1976

Prothro,E.T.Ref.in:Gray u.Klaus:Socialization and social Class in a transitional society,child development 37,219-228, 1965

Rachmann,St.: Wirkungen der Psychotherapie. Darmstadt 1973

Rappoport,D.: Pour une naissance sans violence. Bul.de Psychol. XXIX. 322, 8-13, 1975-1976

Reich,W.: Die charakterologische Überwindung des Ödipuskomplexes.Vortrag auf der dt.psychoanal.Ges., Dresden 1930 (Raubdruck)

Reiss,D.: Varities of consensual experience.Contrasts between families of normal,delinquents and schizophrenics.J.of nervous and ment.Diseases 152, 73-95, 1971

Rheingold,H.L.: The effect of environmental stimulation upon social and exploratory behavior in the human infant.In:B.M.Foss (ed.): Determinants of infant behavior, Bd.1. New York 1961

Richter,H.E.: Eltern, Kind und Neurose. Hamburg 1969

- : Familienkonflikte und Krankheit.D.Med.J.21, 1437,1970a

- : Patient Familie. Hamburg 1970b

- /Strotzka,H./Willi,J.(Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Hamburg 1976

Ricks,D.F./Nameche,G.: Symbiosis,sacrifice and schizophrenia. Ment.Hyg.50, 541-551, 1966

Robertson,J.: Mutter-Kind-Interaktionen im ersten Lebensjahr. Psyche 2, 167 f., 1977

- : Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennungen von der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen. Psyche,XXIX.Jhg.,7.Heft,626-665,1975

Rosen,B.C./Andrade,A.P.: The psychosocial origins of Achievment Motivation. Sociometry 22, 185-218, 1959

Rosenblum,L.A./Harlow: Approach-avoidance conflict in the mother-surrogate situation.Psych.Rep.12,83,1963

Rosenfeld,H.: Bemerkungen zu einer Theorie und Praxis der psychoanalytischen Schizophreniebehandlung. 2.Int.Symp.Psychother.Schizophrenie.Zürich 1959

Rosenthal,D.: Two Adoptions studies of heredity in the schizophrenic Disorders.In:M.Bleuler/J.Angst(Hrsg.): Die Entstehung der Schizophrenie. Bern/Stuttgart/Wien 1971

Rosenthal,D./Kety,S.: The transmission of schizophrenia. Oxford 1968

Rubenfeld,S.: Family of Outcasts. A New Theory of Delinquency. New York 1965

Sachs,L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin/Heidelberg New York,3.Aufl. 1972

Sarbin,T.R.: Role theoretical analysis of schizophrenia.In: J.H.Mann (ed.):Reader in General Psychol. New York 1967

Schaffer,H.R.: The Growth of Sociability. London 1971

Schatzmann,M.: Die Angst vor dem Vater. Hamburg 1974

Schenck-Danzinger,L.:Entwicklungspsychologie. Wien 1971

Scheuch,E.K.: Sozialprestige und soziale Schicht.In:D.W. Glass/R.König (Hrsg.):Soziale Schichtung und soziale Mobilität. Kölner Ztschr.f.Soziol.und Sozialpsychol.,Sonderheft 5, 101f,197Ø

Schmalohr,E.: Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier. München,2.Aufl. 1975

Schmid,S.: Freiheit heilt. Berlin 1977

Schmidt,C.W./Tölle: Familienkonstellationen von psychisch Kranken. Fortschr.d.Neurol.u.Psychiat.u.ihrer Grenzgebiete. 45.Jhg.,H.1,20-52, Jan.1977

Schneider,R.: Psychoanalytische Kindertherapie.Dyn.Psych.22, 292-313, 1973

Schooler,N.R./Boothe,R.M./Goldberg,S.C.: Life history and symptoms in schizophrenia. Severety at hospitalization and response to phenotiazines. Arch.Gen.Psychiat.25,138-147, 1971

Schultz-Hencke,H.: Der gehemmte Mensch. Stuttgart 1947

– : Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart 1970

Schwidder,W.: Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung.In:Praxis d.Kinderpsychol.und -psychiat.,Beiheft Nr.5. Göttingen 1965

Searles,H.F.: Das Bestreben, den anderen verrückt zu machen- ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie. In:G.Bateson et al.: Schizophrenie und Familie.Frankfurt/M.1969, S.128-167

- : Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. München 1974

- : Der Beitrag der Familienbehandlung zur Psychotherapie der Schizophrenie.In:Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.2. Reinbek b.Hmb. 1975, S.231-263

Sears,R.R.: The Growth of Conscionce, 1961

Selvini-Palazzoli,M.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart 1977

Siirala,M.: Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit. Göttingen 1961

Skinner,B.F.: Wissenschaft und menschliches Verhalten. München 1973

Slater,E.: Psychotic and neurotic illness in twins. Med. Res.Council,Special Rep.Series No 278, London 1953

Smythies,J.R.: Biologische Psychiatrie. Stuttgart 1968

Soto,R.: Porque en la casa de cund no hay dispensia transitoria? Rev.Mex.de Puericultura 8, 1937

Spiegel,J.P./Bell,N.W.: The family of the psychiatric patient.In:Arieti(ed.):Amer.Handbook of psychiat.,Vol.I,114-149. New York 1959

Spitz,R./Wolf,K.M.: Anaclitic depression:an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In: The psychoanalytic study of the child 2, 313, 1946

Spitz,R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehung. Stuttgart 1959

- : Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation.Stuttgart,2.Aufl. 1970

- : HospitalismusI.In:Bittner/Schmid-Cord(Hrsg.):Erziehung in früher Kindheit. München,4.Aufl.1971

- : Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart 1972

- : Hospitalismus.Ein Ergänzungsbericht.In:O.E.Ewert (Hrsg.): Entwicklungspsychologie,Bd.I,124-127. Köln 1972

- : Die genetische Feldtheorie der Ich-Bildung. Frankfurt/M. 1972

- : Vom Dialog. Stuttgart 1976

Stapf,K.H./Herrmann,Th./Stapf,A./Stäcker,K.H.: Psychologie des elterlichen Erziehungsstils.Bern/Stuttgart 1972

Stierlin,H.: Conflict and Reconciliation.New York 1969

- : Psychoanalytische Ansätze zum Schizophrenieverständnis im Lichte eines Familienmodells. Psyche,XXVIII.Jhg.,2.Heit,116-134, 1974

- : Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung-Familienprobleme in der Pubertät. Frankfurt/M.1975a

- : Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart 1975b

- : Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen-Eine Dynamik menschlicher Beziehungen. Frankfurt/M. 1976

Strauss,A.L.: Mirrors and Masks-The search for identy. Glencoe 1959

Thomae,H.: Soziale Schichten und Sozialisationsvariablen.In: C.F.Graumann (Hrsg.): Hdb.d.Psychol.,Bd.7,2.Halbbd., 748 ff. Göttingen 1972

Tienari,P.: Psychiatric illness in identical twins.Acta psychiat.scand.Suppl.171, 1963

Tolman,E.C.: Purposive behavior in animals and men. New York 1932

Toman,W.: Die Familienkonstellation und ihre psychologische Bedeutung. Psychol.Rdsch.10,1-15, 1959

- : Familienkonstellationen. München 1965

- /Preiser,S.: Familienkonstellationen und ihre Störungen- Ihre Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation. Stuttgart 1973

- : Familienkonstellation. München 1974

Trudewind,C.: Versuch einer Taxonomie von Leistungsmotivationsgenetisch relevanten Bedingungen des nichtschulischen Lebensraumes. Diss. Ruhr-Univ., Bochum 1971

Turner,R.H.: Role-taking, Role-standpoint and Reference Group Behavior. J.of Soc.4, 1956

Vogel,E./Bell,N.: Das gefühlsgestörte Kind als Sündenbock in der Familie. In:G.Bateson et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969,S.245-274

Wallace,A.F.C./Fogelson,R.D.: Der Identitätskampf. In: Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.2. Reinbek b.Hmb., 1975, S.130-172

Watzlawick,P./Beavin,J.H./Jackson,D.D.: Menschliche Kommunikation. Bern/Stuttgart/Wien,4.Aufl. 1974

Weakland,J.H.: Double-bind-Hypothese und Dreier-Beziehung. In:G.Bateson et al.:Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969, S.221-244

Weber,D.: Der frühkindliche Autismus. Bern 1970

Werner,H.: Einführung in die Entwicklungspsychologie. München 1953

Wolpe,J.: Praxis der Verhaltenstherapie. Bern 1972

Wygotski,L.S.: Denken und Sprechen. Frankfurt/M. 1969

Wynne,L.C.: Indikationen und Kontraindikationen für exploratorische Familientherapie.In:Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.2. Reinbek b.Hmb.1975, S.53-89

- /Rykoff,I.M./Day,J./Hirsch,S.J.: Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen.In:G.Bateson et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M., S.44-80

- /Lymann/Singer,M.: Denkstörung und Familienbeziehung bei Schizophrenen.Psyche 19,82-160,1965

- /Day/Ryckoff: Die Verteidigung stereotyper Rollen in den Familien von Schizophrenen.In:G.Bateson et al.:Schizophrenie und Familie.Frankfurt/M. 1969,S.168-180

Yarrow,L.J.: Maternal deprivation.Psych.Bull.53,459, 1961

- /Pederson,F.A.: Attachment:Its origin and course. In:W.W.Hartup: The young child. Reviews of Research Nat.Assoc.for the Educ.of young children. Wash.D.C. 1972, S.54-66

Zerbin-Rüdin,E.: Das Anlage-Umwelt-Problem bei der Entstehung der Schizophrenien. Nervenarzt 42, Heft 12, 613-622, 1971

Zuk,G.H./Rubinstein,D.: Überblick über ein Konzept für die Untersuchung und Behandlung von Familien Schizophrener.In:Familientherapie-Theorie und Praxis-Bd.1. Reinbek b.Hmb.1975,S.20-50

Fragebogen zur Erfassung der Familienkonstellationsdaten und Trennungszeiten

Alle folgenden Fragen betreffen den Pb (Sohn/Tochter)

Vorname..... geboren am..... Schulbildung:
Oberschule...
Mittelschule...
Hauptschule...

Beruf.....

Wieviele Geschwister hat der Pb?....

1) Vorname..... geboren am.....
2) Vorname..... geboren am.....
3) Vorname..... geboren am.....
4) Vorname..... geboren am.....

Wieviele Stief-oder Halbgeschwister hat der Pb?.....

1) Vorname..... geboren am.....
2) Vorname..... geboren am.....
3) Vorname..... geboren am.....

Nieviele von den Geschwistern sind verstorben?.....

1) Vorname..... Geburtsdatum.....Todestag.....
2) Vorname..... Geburtsdatum.....Todestag.....

Bei wem ist der Pb aufgewachsen?

a) bei den Eltern... Bis zu welchem Alter?.....
b) bei den Großeltern.... Wann nach der Geburt und wielange kam er zu ihnen?
von..... bis.....
c) im Heim von..... bis.....
d) bei anderen Verwandten von..... bis.....
e) bei fremden Leuten von..... bis.....

Wenn der Pb bei den Eltern aufgewachsen ist, war er bis zum Alter von 6 Jahren einmal oder mehrmals längere Zeit (mehr als 1 Monat) von diesen getrennt?

1) Aufenthalt bei....
Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....
Dauer des Aufenthalts: von..... bis.....

2) Aufenthalt bei.....

Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....

Dauer des Aufenthalts: von..... bis.....

3) Aufenthalt bei.....

Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....

Dauer des Aufenthalts: von..... bis.....

Sollte der Pb noch öfter von den Eltern getrennt gewesen sein, bitte auf extra Blatt aufführen.

Wenn der Pb bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein Elternteil länger als 1 Monat von der Familie abwesend, bevor er das 6.Lj.erreichte (z.B.Krankenhaus-oder Kuraufenthalt)?

1) Abwesende Person (Vater oder Mutter des Pb).....
Alter des Pb zum Zeitpunkt der Abwesenheit.....
Dauer der Abwesenheit: von..... bis.....

2) Abwesende Person (Vater oder Mutter des Pb).....
Alter des Pb zum Zeitpunkt der Abwesenheit.....
Dauer des Abwesenheit: von..... bis.....

Gab es Komplikationen bei der Geburt des Pb? Wenn ja, welche?.....

Bis zu welcher Zeit nach der Geburt wurde der Pb gestillt?
gar nicht.....
etwa 1 Woche.....
1-4 Wochen.....
4-8 Wochen.....
länger als 8 Wochen...

In welchem Alter war der Pb sauber? mit weniger als 1/2Jahr...
zwischen 1/2 u.1 Jahr...
zwischen 1 u.2 Jahren...
später als 2 Jahren.....

Ist der Pb körperlich stark behindert?....

Wenn ja, wodurch?.....

Seit wann?.....

Wieviele Umzüge hat er bisher gehabt?.....

Hat der Pb das Elternhaus aus beruflichen oder anderen Gründen verlassen? Wenn ja, wann? Von,..... bis.....

von..... bis.....

Hatte der Pb einen Stiefvater oder eine Stiefmutter?
Wenn ja, von..... bis.....
(In diesem Falle bitte entsprechenden Fragebogen ausfüllen)

Alle folgenden Fragen betreffen die Mutter des Pb

Name der leiblichen Mutter..... geboren am.....

Ist sie noch mit dem Vater verheiratet? ja-nein

oder von ihm geschieden? ja-nein wenn ja, seit wann?.....

Ist sie mit einem anderen Mann verheiratet? ja-nein

oder gestorben? ja-nein wenn ja, wann ist sie gest.?.....

Schulbildung der Mutter Oberschule...
Mittelschule...
Hauptschule....

Beruf der Mutter.....

Ging die Mutter nach der Geburt des Pb wieder einem Beruf nach? ja-nein Wenn ja, welchem?..... ganztags...
halbtags...
Heimarbeit...

Wann nach der Geburt begann sie wieder mit der Arbeit?.....

Bei wem war der Pb während dieser Zeit? a)beim Vater...
b)bei den Großeltern...
c)im Kindergarten...
d)in der Schule...
e)bei fremden Leuten...
f)bei anderen Verwandten...
g)sich selbst überlassen...

Ist die Mutter stark körperbehindert? ja-nein Wenn ja, wodurch?..... seit wann?.....

Geschwister der Mutter

1) Name..... geboren am.....

2) Name..... geboren am.....

3) Name..... geboren am.....

4) Name..... geboren am.....

Wieviele Stief-oder Halbgeschwister hat die Mutter?

1) Name..... geboren am.....

2) Name..... geboren am.....

Wieviele Geschwister sind gestorben?

1) Name.....geb.am.....gest.am.....

2) Name.....geb.am.....gest.am.....

Leben die Eltern der Mutter noch? Vater:ja-nein Mutter:ja-nein

Wenn nicht, wann sind sie gestorben?

Vater der Mutter:geb.am..... gest.am.....

Mutter der Mutter: geb.am..... gest.am.....

Sind die Eltern der Mutter geschieden? ja-nein Wenn ja, seit wann?..... oder leben sie getrennt? ja-nein
Wenn ja, seit wann?.....

Bei wem ist die Mutter aufgewachsen?

a) bei den Eltern — Bis zu welchem Alter?...

b) bei den Großeltern — Wann nach der Geburt und wielange kam sie zu ihnen?
von..... bis.....

c) im Heim — von..... bis.....

d) bei anderen Verwandten — von..... bis.....

e) bei fremden Leuten — von..... bis.....

Hatte die Mutter einen Stiefvater oder eine Stiefmutter?
ja-nein Wenn ja, von wann bis wann? Stiefvater: von... bis..

Stiefmutter: von... bis..

Wenn die Mutter bei den Eltern aufgewachsen ist, war sie bis zum Alter von 6 Jahren einmal oder mehrmals längere Zeit (mehr als einen Monat) von diesen getrennt?

1) Aufenthalt bei.....
Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....
Dauer des Aufenthalts.....

2) Aufenthalt bei.....
Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....
Dauer des Aufenthalts.....

Wenn die Mutter bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein Elternteil länger als 1 Monat von der Familie abwesend, bevor sie das 6.Lj. erreichte (z.B. Krankenhaus-oder Kuraufenthalt)?

1) Abwesende Person (Vater oder Mutter).....
Alter zum Zeitpunkt der Abwesenheit.....
Dauer der Abwesenheit.....

2) Abwesende Person.....
Alter zum Zeitpunkt der Abwesenheit.....
Dauer der Abwesenheit.....

Ging die Mutter der Mutter nach der Geburt ihrer Tochter wieder einem Beruf nach? ja-nein Wenn ja, welchem?
..... Wann und wielange nach der Geburt ihrer Tochter begann die Mutter der Mutter die Arbeit?
Datum..... halbtsgs....
ganztags....
Heimarbeit....

Bei wem war die Mutter des Pb während dieser Zeit?

a) beim Vater...
b) bei den Großeltern....
c) im Kindergarten....
d) in der Schule...
e) bei anderen Verwandten...
f) bei fremden Leuten...
g) sieh selbst überlassen...

Ist die Mutter der Mutter des Pb stark körperbehindert?
ja-nein Wenn ja, wodurch?.....Seit wann?.....
Ist der Vater der Mutter stark körperbehindert? ja-nein
Wenn ja, wodurch?..... seit wann?.....

Alle folgenden Fragen betreffen den leiblichen Vater des Pb

Name..... geboren am.....

Ist er jetzt noch mit der Mutter verheiratet? ja- nein

oder geschieden von ihr? ja- nein

wenn ja, seit wann geschieden?.....

Ist er mit einer anderen Frau verheiratet? ja- nein

Oder ist er verstorben? ja-nein wenn ja, wann?.....

oder war er nicht mit der Mutter verheiratet?.....

Schulbidung des Vaters Oberschule.....
Mittelschule....
Hauptschule.....

Beruf.....

Ist er stark körperbehindert? ja- nein

wenn ja, wodurch?..... seit wann?.....

Ist er erwerbsgemindert? ja- nein

oder erwerbsunfähig? ja- nein

Ist er aus beruflichen oder anderen Gründen öfter abends nicht zu hause? ja- nein

Wie oft in der Woche kommt dies durchschnittlich vor?.....

Ist der Vater aus beruflichen oder anderen Gründen am Wochendende öfter nicht zu Hause? ja- nein

Wie oft im Monat kommt dies durchschnittlich vor?.....

Geschwister des Vaters

1) Name..... geboren am.....

2) Name..... geboren am.....

3) Name..... geboren am.....

4) Name..... geboren am.....

Wieviele Geschwister sind verstorben?

1) Name..... geb.am..... gestorben am.....

2) Name..... geb. am..... gestorben am.....

Leben die Eltern des Vaters noch? Vater: ja-nein Mutter: ja-nein Wenn nicht, wann sind sie gestorben?

1) Vater des Vaters: geb.am..... gestorben am.....

2) Mutter des Vaters:geb.am..... gestorben am.....

Sind die Eltern des Vaters geschieden? ja-nein
wenn ja, seit wann?..... oder leben sie getrennt? ja-nein
wenn ja, weit wann?.....

Bei wem ist der Vater aufgewachsen?

a) bei den Eltern bis zu welchem Alter?.....

b) bei den Großeltern wann nach der Geb.und wielange kam er zu ihnen? von.....bis.....

c) im Heim von....bis.....

d) bei anderen Verwandten von....bis.....

e) bei fremden Leuten von bis.....

Hatte der Vater einen Stiefvater oder eine Stiefmutter?
ja- nein Wenn ja, von..... bis.....

Wenn der Vater bei den Eltern aufgewachsen ist, war er bis zum Alter von 6 Jahren einmal oder mehrmals längere Zeit (mehr als einen Monat) von diesen getrennt?

1) Aufenthalt bei.....
Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....
Dauer des Aufenthalts: von..... bis.....

2) Aufenthalt bei.....
Alter zum Zeitpunkt der Trennung.....
Dauer des Aufenthalts: von..... bis.....

Wenn der Vater bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein Elternteil länger als 1 Monat von der Familie abwesend, bevor er das 6.Lj. erreichte (z.B.Krankenhaus-oder Kuraufenthalt)?

1) Abwesende Person (Vater oder Mutter des Vaters).....
Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Trennung.....
Dauer der Abwesenheit.....

2) Abwesende Person.....
Alter zum Zeitpunkt der Abwesenheit.....
Dauer der Abwesenheit.....

Ging die Mutter des Vaters nach dessen Geburt wieder einem Beruf nach? ja-nein Wenn ja, welchem?.....

ganztags.....
halbtags .....
Heimarbeit.....

Wann begann die Mutter des Vaters wieder mit der Arbeit?
.....

Bei wem war der Vater des Pb in dieser Zeit?

a) beim Vater.....
b) bei den Großeltern.....
c) im Kindergarten.....
d) in der Schule.....
e) bei anderen Verwandten...
f)bei fremden Leuten.....
g) sich selbst überlassen...

Ist ein Elternteil des Vaters stark körperbehindert?

Vater: ja-nein Mutter: ja-nein

Wodurch?..... seit wann?.....

Alle folgenden Fragen betreffen die gesamte Familie (auch weitere Verwandtschaft-z.B.Tante,Onkel,Großeltern, Vettern usw.) des Pb

Gibt es Familienmitglieder, die schon einmal psychisch erkrankt waren? ja-nein

oder psychisch krank sien? ja-nein

Wenn ja, wer?..... woran?.....

..... woran?.....

War sie/er schon einmal oder mehrmals in einer psychiatrischen Klinik? ja-nein

Wenn ja, von wann bis wann? 1) von..... bis.....

2) von..... bis.....

3) von..... bis.....

L E B E N S L A U F

Am 22.9.49 wurde ich, Jochim Erik Schmidt-Heitmann, in Celle geboren. Bis 1959 lebte ich mit meinen Eltern dem Stellmacher Erich Schmidt und seiner Frau Ella geb. Kornowski, die von Beruf Kinderpflegerin ist in Faßberg, Kreis Celle, wo ich auch von 1956 bis 1959 die Volksschule besuchte. Im Dezember 1959 zogen wir nach Wolfsburg, wo ich bis 1965 die Volksschule besuchte. Von 1965 bis 1967 absolvierte ich die zweijährige Städt. Handelsschule in Wolfsburg. Nach Abschluß dieser Schule begann ich meine Berufsausbildung bei der Stadtwerke Wolfsburg AG als Industriekaufmann, die ich dann nach drei Jahren im April 1970 abschloß. Von April 1970 bis September 1970 war ich bei der Firma Siemens AG in der Revisionsabteilung tätig. Im September 1970 begann ich mein Studium an der Höheren Fachschule für Sozialarbeit in Hagen. Im SS 71 wechselte ich an die Fachhochschule für Sozialwesen in Kiel, wo ich im SS 72 die Zwischenprüfung ablegte. Daraufhin wechselte ich die Hochschule und begann an der Christian Albrecht Universität Kiel mit meinem Studium der Erziehungswissenschaft. Nach dem Vordiplom im SS 74 wechselte ich zur Universität Marburg, wo ich im WS 75/76 das Diplom ablegte.

Lebenslauf von Monika Remuß

1946 geboren in Hagen/Westf.
1953- 1961 Besuch der einklassigen Volksschule Linscheid
1961- 1964 Buchhändlerlehre in Hagen/Westf.
1964- 1969 Werbeassistentin in einem Verlagshaus in Stuttgart. Während dieser Zeit Besuch einer Abendschule
1969- 1970 Besuch einer Ganztagsschule in Hoffnungsthal b. Köln, mit Fachschulreifeabschluß
WS 1970/71-SS 1971 Studium an der Höheren Fachschule für Sozialarbeit, Hagen
WS 1971/72 Weiterstudium an der Staatl.Fachhochschule für Technik und Sozialwesen-Fachbereich Sozialwesen-Kiel
März 1972 Zwischenprüfung dort
SS 1972 Beginn des Studiums der Erziehungswissenschaften an der Chr.-Albrechts-Univ.,Kiel
WS 1973/74 Vordiplomprüfung
SS 1974 Weiterstudium an der Philipps-Univ. Marburg/Lahn
Januar 1976 Diplomprüfung
Juli 1977- April 1978 therapeutische Tätigkeit in einer Fachklinik für Suchtkranke im Sauerland
Seit SS 1977 Psychologiestudium an der Universität Hamburg